PRZEGLĄD UBEZPIECZENIOWY

(REVUE D'ASSURANCES)

DWUMIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY SPRAWOM UBEZPIECZENIOWYM
I EKONOMICZNYM

ORGAN ZWIĄZKU ZAKŁADÓW
UBEZPIECZEŃ W POLSCE.

1937
ZESZYT
5/6

WYDAWCA I REDAKTOR ODPOWIEDZIALNY: WŁADYSŁAW SOWA

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Bracka 23 m. 3.

Telefon Nr 265-45 **Konto w P. K. O. Nr 800.**

Związek Zakładów Ubezpieczeń w Polsce

Prenumerata półroczna (wraz z przesyłką):

w Warszawie	3.00 zł.
na prowincji	3.30 zł.
zagranicą (rocznie)	6.60 zł.

CENY OGŁOSZEŃ:

Cała strona	40.00 zł
Pół strony	25.00 „
1/4 strony	15.00 „

Cena zeszytu — 2.50 zł.

J. BUCZKOWSKI.

SPORY SĄDOWE MIĘDZY ZAKŁADAMI UBEZPIECZEŃ A POSZKODOWANYMI W ŚWIETLE CYFR.

Prywatne Zakłady Ubezpieczeń spotykają się niekiedy z zarzutem z powodu rzekomo wielkiej liczby procesów, wytaczanych Towarzystwom o odszkodowanie.

Nie mając zamiaru wdawać się w dyskusję, czy zarzut taki dałby się w stosunku do prywatnych Zakładów Ubezpieczeń (działalność których oparta jest na wolnej a przy tym dostatecznie silnej konkurencji) logicznie uzasadnić, ograniczymy się w niniejszej pracy do analizy cyfrowej sporów, jakie miały miejsce w badanym pięcioleciu (1932—1936).

Zanim przystąpimy do naszego zadania, zatrzymamy się na chwilę nad charakterystyką materiału cyfrowego. Zaznaczyć przede wszystkim należałoby, że do badań tego rodzaju można stosować dwie metody: 1) metodę monograficzną, 2) metodę statystyczną. Istota metody monograficznej polega na jak najdokładniejszym opisie każdego sporu indywidualnie, dociekając, jakie czynniki doprowadziły do zatargu w każdym oddzielnym wypadku. Metoda druga (statystyczna) natomiast polega na zebraniu możliwie dużego materiału odpowiedniego zgrupowania a następnie, po obliczeniu stosowanych w statystyce liczb charakterystycznych, wyciągnięciu odpowiednich wniosków ogólnych. W pracy niniejszej zastosowana została metoda statystyczna. W tym celu rozesłano Zakładom Ubezpieczeń, należącym do Związku, ankietę, w wyniku której zebrano potrzebne materiały z uwzględnieniem następujących danych:

a) Liczba zgłoszonych wypadków szkodowych;
b) Liczba szkód spornych;
c) Suma ogólna wypłaconych odszkodowań;
d) Suma, stanowiąca przedmiot sporu;
e) Przyczyna sporu;
f) Wynik sporu;
g) Siedziba poszkodowanego.

a i *b) Liczba szkód.* Uchwycenie dokładnej liczby szkód oraz liczby szkód spornych związane było z pewnymi trudnościami, wynikającymi stąd, że w niektórych działach ubezpieczeń jest stosowany często system koasekuracji. W wypadku zajścia szkody np. w fabryce X, która jest ubezpieczona w 5-ciu Towarzystwach, dany wypadek szkodowy i ewentualny spór policzone zostały pięciokrotnie. Na szczęście system koasekuracji jest stosowany tylko w niektórych działach ubezpieczeń i to w ograniczonym zakresie, np. w dziale ogniowym koasekuracja ogranicza się głównie do

ubezpieczeń fabrycznych, w dziale transportowym do ubezpieczeń morskich i w dziale gradowym do większych majątków ziemskich. Poza tym zaznaczyć należy, że popełniany błąd odnosi się zarówno do ogólnej liczby szkód jak i do liczby szkód spornych, a ponieważ badamy właściwie stosunki jednych do drugich, więc błąd ten redukuje się bodaj do zera.

c) Suma ogólna wypłaconych odszkodowań. Obliczenie przypadającej na dany rok operacyjny sumy odszkodowań można przeprowadzić w dwojaki sposób: 1) odszkodowanie wypłacone i zarezerwowane w odniesieniu do szkód, wynikłych w danym roku operacyjnym; 2) wypłacone w danym roku sumy, tzn. za szkody wynikłe w danym roku plus sumy wypłacone za szkody wynikłe w latach poprzednich. W zestawieniach naszych przyjęto drugi sposób obliczenia.

d) Sumy stanowiące wartość przedmiotu sporu. W zestawieniach naszych uwzględnione zostały sumy, podane przez poszkodowanego. Są one z natury rzeczy zawsze wygórowane, tak, że przy ostatecznej likwidacji sporu redukują się znacznie. Stosunek procentowy sum spornych do sum wypłaconych daje więc raczej górną granicę, co przy analizie tablic dalszych należy mieć stale na uwadze.

e) Przyczyna sporu. Przyczyny sporu są bardzo różnorodne. Dla celów statystycznych starano się je ująć w pewne ogólne grupy, mianowicie:

1) Nieopłacenie składki;
2) Wygórowane żądania;
3) Szkoda nieubezpieczona lub położona poza miejscem ubezpieczenia;
4) Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa;
5) Celowe wywołanie wypadku szkodowego;
6) Różne.

Ponieważ przy analizie tych grup nasunąć się mogą pewne wątpliwości, scharakteryzujemy je pokrótce. Grupa *„nieopłaconych składek”* nie wymaga oczywiście komentarzy. *Wygórowane żądania* poszkodowanego natomiast powstają na tle bardzo różnorodnym. Pomijając typowe wypadki, w których poszkodowani są zazwyczaj skłonni do przeceniania wysokości poniesionych strat, spotykamy takie np. żądania: Poszkodowany zawarł ubezpieczenie w dolarach U. S. A., których kurs w chwili zajścia wypadku szkodowego spadł—ubezpieczony domaga się wypłaty różnicy kursu (zjawisko b. często spotykane), albo: spaliła się fabryka, poszkodowany zgadza się na wysokość przyznanego odszkodowania, żąda natomiast dodatkowo wynagrodzenia za utratę czynszu dzierżawnego w czasie nieczynności danej fabryki itp. wypadki. Z tych przykładów widzimy, że żądania są bardzo często nie tylko nieuzasadnione, ale co najmniej dziwne.

Szkoda nieubezpieczona lub położona poza miejscem ubezpieczenia. Dla scharakteryzowania tej grupy podajemy kilka przykładów: 1) unieważnienie przez ubezpieczonego poprzedniego ubezpieczenia a niezawarcie przez dłuższy czas nowego ubezpieczenia, 2) spalony przedmiot nie był umieszczony w wykazie, 3) przeniesienie ubezpieczonych przedmiotów do innego, nieubezpieczonego lokalu bez zawiadomienia o tym Towarzystwa, (np. we wniosku podano deski ubezpieczone w szopie przy tartaku, tymczasem spaliły się w innym budynku, który nie był ubezpieczony), 4) nieszczęśliwy wypadek wywołał kierowca, nie posiadający prawa jazdy, 5) nieszczęśliwy wypadek wskutek organicznego schorzenia serca, a więc nie podlega-

jący odszkodowaniu według warunków polisowych itd. Największa jednak liczba sporów powstaje na tle *zatajenia wzgl. zwiększenia niebezpieczeństwa.* W grupie tej mamy do czynienia w większości wypadków z ubezpieczeniami czysto spekulacyjnymi, dającymi się szczególnie dotkliwie odczuwać w dziale ubezpieczeń życiowych, gdzie przeszło 60% wszystkich sporów powstaje głównie na tym tle. Spotykamy więc tutaj liczne wypadki zatajenia ciężkich schorzeń serca, nerek, wątroby, następnie zatajenie chorób na tle gruźlicy, chorób wenerycznych (kiła), dalej zatajenie cukrzycy, nadciśnienia, dusznicy bolesnej itd. W innych zaś działach ubezpieczeń takie wypadki jak: podanie we wniosku nieprawdziwych szczegółów, roszczenie oparte na fikcyjnych rachunkach, wypadki szkodowe wywołane przez kierowców w stanie nietrzeźwym, rażące niedbalstwo poszkodowanego, brak dokumentów, stwierdzających miejsce i przyczynę powstania szkody itd. Do grupy *„celowe wywołanie szkody"* wliczono takie wypadki, jak: samobójstwo, podpalenie, sfingowanie kradzieży, usiłowane oszustwa itp. Wreszcie do grupy ostatniej *„różne"* wliczono wszystkie wypadki, które do podanych wyżej grup nie dały się podciągnąć, np. z powodu zawiadomienia Towarzystwa o kradzieży dopiero po 3 miesiącach od chwili zajścia wypadku szkodowego, tzn. wtedy, gdy stwierdzenie wypadku szkodowego i ustalenie wysokości poniesionych strat jest ze strony Zakładu Ubezpieczeń już niemożliwe. Poza tym do grupy „różne" wliczano te spory, które ze względu na brak dostatecznych danych trudno było do odpowiedniej grupy zaliczyć.

f) Wynik sporu. Spory sądowe w zależności od wyniku podzielono na 6 następujących grup:

1) Ugoda;
2) Powództwo oddalono — wyrok prawomocny;
3) „ „ — „ nieprawomocny;
4) „ zasądzono — „ prawomocny;
5) „ „ — „ nieprawomocny;
6) Spór w toku.

Analiza wyników.

Wracając do właściwego zadania, podajemy ogólne zestawienie liczby wypadków szkodowych, liczby procesów wypłaconego odszkodowania i sum, stanowiących wartość przedmiotu sporu.

Szkody wypłacone i sporne
(wszystkie działy ubezpieczeń łącznie)

TABL. I. r. 1932—1936.

Rok	Liczba szkód			Odszkodowanie		
	ogółem	spornych	⁰/₀₀ ⁰/₀₀	wypłacone	sporne	
				w tysiącach złotych		% %
Ogółem	**124.881**	**545**	**4,4**	**157.667**	**5 388**	**3,42**
1932	21.762	104	4,8	38.804	1.777	4,58
1933	21.673	146	6,7	33.179	1.292	3,89
1934	23.716	89	3,8	27.517	805	2,93
1935	27.291	99	3,6	29.089	702	2,41
1936	30.439	107	3,5	29.078	812	2,79

Jak z powyższego zestawienia wynika, przeciętna liczba sporów w stosunku do zgłoszonych szkód za całe 5-lecie (1932 — 1936) wynosi 4,4‰, czyli na każde 1000 wypadków szkodowych przypada 4,4 szkód spornych. Stosunek ten utrzymuje się we wszystkich latach prawie na stałym poziomie, za wyjątkiem roku 1933, który wykazał w porównaniu z innymi latami pewną zwyżkę (6,7‰). Jest to zwyżka bardzo znamienna, wiąże się przypuszczalnie ze spadkiem kursu dolara. Otóż zaznaczyć tutaj należy, że klienci, mający jeszcze w pamięci doświadczenia z czasów dewaluacji, ubezpieczali się — w okresie poprzedzającym spadek dolara — przeważnie w walucie obcej, głównie w dolarach U. S. A. Nagły spadek dolara w r. 1933 wywołał z jednej strony ten skutek, że ubezpieczeni przechodzili gwałtownie do ubezpieczeń w walucie krajowej, z drugiej zaś strony (czym się tłumaczy wymieniona wyżej zwyżka sporów w 1933 r.) poszkodowani zwracali się do Towarzystw z żądaniem pokrycia strat, wynikłych z różnicy kursu dolara.

Przeciętny stosunek procentowy sum spornych do sum wypłaconych za całe pięciolecie wynosi 3,42%, czyli na każde 100 zł. wypłaconego odszkodowania spór toczył się o zł. 3,42. Stosunek ten ulegał zresztą z roku na rok stałej zniżce od zł. 4,58 w 1932 r. do zł. 2,79 w 1936 r. Zauważyć przy tym należy, że liczby te przedstawiają raczej górną granicę sum spornych, co wynika z przyjętej metody rachunkowej, o czym w części pierwszej niniejszej pracy pisaliśmy.

W zestawieniu poniższym (Tabl. II) podajemy zestawienie sporów z podziałem według działów ubezpieczeń za okres pięcioletni.

Szkody wypłacone i sporne
według działów ubezpieczeń za okres 5-cioletni.

TABL. II. r. 1932—1936.

Dział ubezpieczeń	Liczba szkód: ogółem	Liczba szkód: spornych	‰‰	Odszkodowanie: wypłacone (w tysiącach złotych)	Odszkodowanie: sporne (w tysiącach złotych)	Odszkodowanie: %%
Ogółem	**124.881**	**545**	**4,4**	**157.667**	**5 388**	**3,42**
życiowy	3.306	94	28,4	43.872	1.088	2,48
ogniowy	50.432	244	4,8	70.660	2.743	3,88
odpow. cywiln. .	16.045	102	6,4	11.022	423	3,84
kradzieżowy . .	16.539	26	1,6	6.116	150	2,45
wypadkowy . .	7.444	49	6,6	3.995	831	20,80
gradowy	3.625	11	3,0	5.133	44	0,86
auto-casco . . .	5.168	10	1,9	3.992	82	2,05
transportowy . .	14.548	9	0,6	9.184	27	0,29
aero-casco . . .	100	—	—	657	—	—
chômage	7	—	—	56	—	—
maszynowy . . .	267	—	—	556	—	—
koni	40	—	—	30	—	—
szybowy	7.327	—	—	2.391	—	—
wodociągów . .	33	—	—	3	—	—

Jak z tego zestawienia wynika, stosunek liczby szkód spornych do szkód zgłoszonych waha się (eliminując dział życiowy) w granicach od 0 do 6,6‰, a więc w granicach dość wąskich.

Znaczne odchylenie wzwyż wykazuje tylko dział życiowy, w którym na 1000 zgłoszonych szkód przypada 28,4 szkód spornych. Rzecz przy tym znamienna, że stosunek sum spornych do sum wypłaconych wynosi zaledwie 2,48%.

Do tej sprawy wrócimy jeszcze przy omawianiu sporów sądowych w zależności od przyczyn ich powstania (Tabl. III).

Szkody sporne według przyczyn za okres pięcioletni.

TABL. III. r. 1932—1936.

Przyczyna sporu	Dział ubezpieczeń					
	ogółem		życie		pozostałe	
	Liczba sporów	Suma sporna (zł)	Liczba sporów	Suma sporna (zł)	Liczba sporów	Suma sporna (zł)
Ogółem . . .	**545**	**5.387.959**	**94**	**1.088.105**	**451**	**4.299.854**
Nieopłacenie składki . .	106	1.056.828	25	330.425	81	726.403
Wygórowane żądania . .	84	885.122	1	350	83	884.772
Szkoda nieubezp. lub wynikła poza miejsc. ubezp.	101	1.256.346	1	5.000	100	1.251.346
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa . . .	174	1.588.232	57	699.490	117	888.742
Celowe wywołanie szkody	45	316.652	6	16.240	39	300.412
Różne	35	284.779	4	36.600	31	248.179
		w %%				
Ogółem . . .	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Nieopłacenie składki . .	19,5	19,6	26,6	30,4	17,9	16,9
Wygórowane żądania . .	15,4	16,4	1,1	0,0	18,4	20,5
Szkoda nieubezp. lub wynikła poza miejsc. ubezp.	18,5	23,3	1,1	0,5	22,3	29,1
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa . . .	31,9	29,5	60,5	64,2	25,9	20,7
Celowe wywołanie szkody	8,3	5,9	6,4	1,5	8,6	7,0
Różne	6,4	5,3	4,3	3,4	6,9	5,8

Analizując powyższe zestawienie, łatwo zauważyć pewną rozbieżność pomiędzy działem życiowym i pozostałymi działami ubezpieczeń. W dziale życiowym przypada mianowicie na spory powstałe wskutek zatajenia 60,5%, a więc blisko 2/3 wszystkich sporów. Pewna jeszcze część sporów w dziale życiowym powstaje na tle nieopłacenia składki (26,6%), we wszystkich innych już grupach odsetek jest minimalny, zamykający się w granicach od 1,1% do 6,4%. Odmienną tendencję wykazują wszystkie inne działy ubezpieczeń, gdzie odsetek w czterech głównych grupach (nieopłacenie składki — 17,9%, wygórowane żądania — 18,4%, szkoda nieubezpieczona lub wynikła poza miejscem ubezpieczenia — 22,3% i zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa — 25,9%) rozkłada się na wszystkie cztery grupy prawie równomiernie. Wyjątek a raczej podobieństwo do działu życiowego stanowi pod tym względem dział gradowy (Tablica 3), gdzie odsetek na spory, wynikłe wskutek zatajenia, polegającego na nieujawnieniu gradobicia z okresu przed zawarciem ubezpieczenia, jest znaczny (54.5%).

Ten wysoki odsetek wiąże się — jak się zdaje — z pewnym zbiegiem okoliczności. Otóż w roku 1934 (miejscowość Olesza, pow. Monasterzyska) wystawiono pięć polis dla ubezpieczeń od gradobicia, nieujawnionego przed ubezpieczeniem. Ponieważ przy opracowaniu materiału statystycznego nasuwały się pewne wątpliwości, czy te 5 polis odnosi się do jednego i tego samego ubezpieczenia, czy do 5-ciu różnych ubezpieczeń, policzono, dla zachowania jak największej ostrożności, dany spór pięciokrotnie.

Przejdźmy obecnie do analizy wyników sporów (Tabl. IV).

Wyniki sporów według działów ubezpieczeń za okres pięcioletni.

TABL. IV. r. 1932—1936.

Wynik sporu	Dział ubezpieczeń					
	ogółem		życie		pozostałe	
	Liczba sporów	Suma sporna (zł)	Liczba sporów	Suma sporna (zł)	Liczba sporów	Suma sporna (zł)
Ogółem . . .	**545**	**5.387.959**	**94**	**1.088.105**	451	**4.299.854**
Ugoda	155	1.672.348	27	343.847	128	1.328.501
Powództwo oddalono:						
a) wyrok prawomocny .	160	1.394.769	18	213.343	142	1.181.426
b) „ nieprawomocny	42	386.331	9	76.808	33	309.523
Powództwo zasądzono:						
a) wyrok prawomocny .	68	820.590	7	94.117	61	726.473
b) „ nieprawomocny	33	288.736	15	173.490	18	115.246
Proces w toku	87	825.185	18	186.500	69	638.685
		w % %				
Ogółem . . .	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Ugoda	28,4	31,0	28,8	31,7	28,4	30,8
Powództwo oddalono:						
a) wyrok prawomocny .	29,3	25,9	19,1	19,6	31,5	27,5
b) „ nieprawomocny	7,7	7,2	9,6	7,1	7,3	7,2
Powództwo zasądzono:						
a) wyrok prawomocny .	12,5	15,2	7,4	8,6	13,5	16,9
b) „ nieprawomocny	6,1	5,4	16,0	15,9	4,0	2,7
Proces w toku	16,0	15,3	19,1	17,1	15,3	14,9

Jak wynika z powyższego zestawienia, prawie 1/3 szkód i sum spornych — i to zarówno w dziale życiowym jak i działach pozostałych — likwiduje się ostatecznie na drodze dobrowolnej ugody pomiędzy poszkodowanymi i zakładami ubezpieczeń. Bardziej charakterystyczny jest stosunek wyroków oddalających powództwo do wyroków zasądzających, mianowicie na wyroki odrzucające przypada 37,0% (w tym 7,7% wyroków nieprawomocnych), natomiast na wyroki zasądzające zaledwie 18,6% (w tym 6,1% wyroków nieprawomocnych), a więc równo połowa. Jeżeli się teraz weźmie pod uwagę, że sądy wydają wyroki (zwłaszcza jeśli chodzi o spory wytaczane przez jednostki ekonomicznie słabsze) z jak najdalej idącą ostrożnością, to stosunek 1 : 2 staje się jeszcze bardziej znamienny, wskazuje bowiem, że pretensje poszkodowanych mają w większości wypadków bądź charakter spekulacyjny, bądź urojony jak np. żądanie pokrycia strat, poniesionych na różnicy kursu.

Rozważmy z kolei wynik sporu w zależności od przyczyn jego powstania [1]). Otóż odsetek sporów, likwidowanych w drodze dobrowolnej ugody stron, wykazuje — w zależności od przyczyn ich powstania — dość silne wahania. Odsetek ten uporządkowany według wielkości przedstawia się jak następuje:

Odsetek zlikwidowanych drogą ugody sporów wynikłych na tle:

1)	Zatajenia lub zwiększenia niebezpieczeństwa	35,1%
2)	Celowego wywołania szkody	28,9 „
3)	Wygórowanego żądania	28,5 „
4)	Szkody nieubezpieczonej (lub wynikłej w przedmiotach położonych poza miejscem ubezpieczenia)	27,7 „
5)	Nieopłacenia składek	20,8 „
6)	Różnych przyczyn	20,0 „

Jak z powyższego wynika, największy odsetek sporów, kończących się w drodze dobrowolnego porozumienia się, przypada na spory, wynikłe na tle zatajeń (przeszło 1/3 wszystkich sporów). W następnych trzech grupach odsetek ten wynosi przeciętnie 28%. Natomiast liczba sporów, zlikwidowanych w drodze ugody na tle niezapłaconych składek jest znacznie niższa (ca 1/5 wszystkich sporów).

Niemniej interesujące wyniki otrzymamy, jeżeli rozpatrzymy wynik sporów, zakończonych nie w drodze ugody, lecz w trybie spornego postępowania przed sądem.

Stosunek procentowy powództw oddalonych do wszystkich sporów, które przeszły co najmniej przez pierwszą instancję a wynikłych na tle:

1)	Celowego wywołania szkody	81,8%
2)	Szkody nieubezpieczonej (lub wynikłej w przedmiotach położonych poza miejscem ubezpieczenia)	74,6 „
3)	Nieopłacenia składki	74,0 „
4)	Różnych przyczyn	72,2 „
5)	Wygórowanych żądań	64,7 „
6)	Zatajenia lub zwiększenia niebezpieczeństwa	50,0 „
	przeciętnie . . .	66,7%

Zestawienie powyższe jest niezmiernie pouczające, wskazuje bowiem, że we wszystkich wypadkach stosunek powództw oddalonych przekracza połowę wszystkich powództw wniesionych do sądu — przeciętnie 66,7%. Stosunek ten wskazuje zarazem, z jak wielką ostrożnością Zakłady Ubezpieczeń postępują, zanim zdecydują się dopuścić do rozstrzygania sporów na sali sądowej.

Największy jednak stosunek spraw przegranych przez ubezpieczających przypada na spory, powstałe na tle celowego wywołania szkody (82,0%), a pamiętać przecież należy, że przeprowadzenie dowodu przez Zakład Ubez-

[1]) zob. załączone tablice statystyczne przy końcu niniejszej pracy (Tabl. 5).

pieczeń jest w wielu wypadkach niezmiernie trudne. Nie ulega wątpliwości, że w wielu wypadkach Zakłady Ubezpieczeń zmuszone są wypłacać odszkodowanie, mimo że istnieją dość wyraźne poszlaki, że szkoda została celowo wywołana. Sądy są pod tym względem bezwzględne i wymagają — że tak się wyrazimy — przychwycenia na gorącym uczynku, co jest niezmiernie trudne, ponieważ Zakład Ubezpieczeń dowiaduje się o szkodzie zwykle po kilku dniach tzn. wtedy, gdy ewentualne ślady można z powodzeniem zatrzeć.

Najmniejszy odsetek pozwów nieuwzględnionych spotykamy w grupie sporów wynikłych na tle zatajeń (50%).

Przejdźmy wreszcie do analizy wyników sporów w poszczególnych dzielnicach Polski tzn. 1) w województwach zachodnich (woj. poznańskie, pomorskie i śląskie); 2) w województwach południowych (woj. krakowskie, lwowskie, stanisławowskie i tarnopolskie) i 3) w województwach centralnych i wschodnich (wszystkie pozostałe województwa).

Przede wszystkim rzuca się w oczy wysoki odsetek sporów, zakończonych w drodze dobrowolnej ugody w woj. zachodnich (39,9%), podczas, gdy w woj. centralnych i wschodnich odsetek ten wynosi 26%, a w woj. południowych — zaledwie 15,5%. Odwrotnie natomiast przedstawia się odsetek spraw zakończonych na drodze sporu sądowego. Pierwsze miejsce w tym względzie zajmują woj. południowe (67,9%), następne — woj. centralne i wschodnie (54,2%) i wreszcie woj. zachodnie — 46,8%. Odpowiednio do tego kształtuje się odsetek wyroków oddalających powództwo a mianowicie: w woj. południowych na 100 wniesionych do Sądu spraw wyroków oddalających powództwo przypada przeciętnie 72,3%, w woj. centralnych i wschodnich odsetek ten czyni 63,5% i w woj. zachodnich—62,5%.

Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w załączonych tablicach statystycznych.

J. Buczkowski.

TABLICE STATYSTYCZNE

Szkody wypłacone i sporne

(wszystkie działy ubezpieczeń łącznie).

Tabl. 1. 1932 — 1936 r.

Rok	Liczba szkód			Odszkodowanie		
	Ogółem	Spornych	‰	wypłacone	sporne	
				w tysiącach złotych		%
Ogółem	**124.881**	**545**	**4,4**	**157.667**	**5.388**	**3,42**
1932	21.762	104	4,8	38.804	1.777	4,58
1933	21.673	146	6,7	33.179	1.292	3,89
1934	23.716	89	3,8	27.517	805	2,93
1935	27.291	99	3,6	29.089	702	2,41
1936	30.439	107	3,5	29.078	812	2,79

Szkody wypłacone i sporne

według działów ubezpieczeń za okres 5-cio letni.

Tabl. 2. 1932 — 1936 r.

Dział ubezpieczeń	Liczba szkód			Odszkodowanie		
	Ogółem	Spornych	‰	wypłacone	sporne	
				w tysiącach złotych		%
Ogółem . .	**124.881**	**545**	**4,4**	**157.667**	**5.388**	**3,42**
Życiowy . .	3.306	94	28,4	43.872	1.088	2,48
Ogniowy . .	50.432	244	4.8	70.660	2.743	3,88
Kradzieżowy .	16.045	102	6,4	11.022	423	3,84
Odpow. cyw. .	16.539	26	1,6	6.116	150	2,45
Wypadkowy .	7.444	49	6,6	3.995	831	20,80
Gradowy . .	3.625	11	3,0	5.133	44	0,86
Auto - casco .	5.168	10	1,9	3.992	82	2,05
Transportowy	14.548	9	0,6	9.184	27	0,29
Aero - casco .	100	—	—	657	—	—
Chômage . .	7	—	—	56	—	—
Maszynowy .	267	—	—	556	—	—
Koni	40	—	—	30	—	—
Szybowy . .	7.327	—	—	2.391	—	—
Wodociągów .	33	—	—	3	—	—

Tabl. 3.

Szkody sporne według przyczyn

za okres 5-cio letni. 1932 — 1936 r.

Przyczyna sporu	Dział ubezpieczeń: Ogółem		Życie		Ogień		Kradzież		O. C.		N. W.		Grad		Auto-casco		Transport	
	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)
Ogółem . .	**545**	**5.387.959**	**94**	**1.088.105**	**244**	**2.743.054**	**102**	**423.444**	**26**	**149.761**	**49**	**830.574**	**11**	**44.184**	**10**	**82.331**	**9**	**26.506**
Nieopłacenie składki	106	1.056.828	25	330.425	53	513.189	8	20.537	6	26.482	7	95.220	4	33.910	3	37.065	—	—
Wygórowane żądania	84	885.122	1	350	51	695.420	16	87.402	3	13.560	8	61.828	—	—	2	10.467	3	16.095
Szkoda nieubezp. lub położona poza miejscem ubezp. . . .	101	1.256.346	1	5.000	40	637.487	29	95.924	10	71.721	18	444.314	—	—	—	—	3	1.900
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa	174	1.588.232	57	699.490	54	530.099	38	172.251	5	26.090	7	119.992	6	7.000	4	24.799	3	8.511
Celowe wywołanie szkody . . .	45	316.652	6	16.240	21	158.508	7	26.256	2	11.908	8	93.740	—	—	1	10.000	—	—
Różne	35	284.779	4	36.600	25	208.351	4	21.074	—	—	1	15.480	1	3.274	—	—	—	—
	w %																	
Ogółem . .	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nieopłacenie składki	19,5	19,6	26,6	30,4	21,7	18,7	7,8	4,8	23,1	17,7	14,3	11,5	36,4	76,8	30,0	45,0	—	—
Wygórowane żądania	15,4	16,4	1,1	0,0	20,9	25,4	15,7	20,6	11,5	9,1	16,3	7,4	—	—	20,0	12,7	3,34	60,7
Szkoda nieubezp. lub położona poza miejscem ubezp. . . .	18,5	23,3	1,1	0,5	16,4	23,2	28,4	22,7	38,5	47,8	36,7	53,5	—	—	—	—	3,33	7,2
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa	31,9	29,5	60,5	64,2	22,2	19,3	37,3	40,7	19,2	17,4	14,4	14,4	54,5	15,8	40,0	30,2	3,33	32,1
Celowe wywołanie szkody . . .	8,3	5,9	6,4	1,5	8,6	5,8	6,9	6,2	7,7	8,0	16,3	11,3	—	—	10,0	12,1	—	—
Różne	6,4	5,3	4,3	3,4	10,2	7,6	3,9	5,0	—	—	2,0	1,9	9,1	7,4	—	—	—	—

Tabl. 4.

Wynik sporu według działów ubezpieczeń

za okres 5-cio letni. 1932 — 1936 r.

Wynik sporu	Dział ubezpieczeń: Ogółem		Życie		Ogień		Kradzież		O. C.		N. W.		Grad		Auto-casco		Transport	
	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)
Ogółem . .	**545**	**5.387.959**	**94**	**1.088.105**	**244**	**2.743.054**	**102**	**423.444**	**26**	**149.761**	**49**	**830.574**	**11**	**44 184**	**10**	**82.331**	**9**	**26.506**
Ugoda	155	1.672.348	27	343.847	70	963.829	36	111.509	4	59.500	7	164.806	6	7.000	3	15.942	2	5.915
Powództwo oddalono:																		
a) wyrok prawomocny . . .	160	1.394.769	18	213.343	80	732.173	26	94.215	5	38.989	23	246.804	2	6.600	4	51.565	2	11.080
b) „ nieprawomocny . .	42	386.331	9	76.808	21	123.582	6	18.342	1	232	4	164.093	1	3.274	—	—	—	—
Powództwo zasądzono:																		
a) wyrok prawomocny . . .	68	820.590	7	94.117	27	514.375	22	134.126	3	7.072	4	37.416	2	27.310	1	1.774	2	4.400
b) „ nieprawomocny . .	33	288.736	15	173.490	9	62.498	1	3.965	5	13.936	2	33.747	—	—	1	1.100	—	—
Proces w toku	87	825.185	18	186.500	37	346.597	11	61.287	8	30.032	9	183.708	—	—	1	11.950	3	5.111
	w %																	
Ogółem . .	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ugoda	28,4	31,0	28,8	31,7	28 7	35,1	35,2	26,3	15,4	39,7	14,3	19,8	54,5	15,8	30,0	19,4	2,22	22,3
Powództwo oddalono:																		
a) wyrok prawomocny . . .	29,3	25,9	19,1	19,6	32,7	26,7	25,5	22,2	19,2	26,0	46,8	29,7	18,2	14,9	40,0	62,6	2,22	41,8
b) „ nieprawomocny . .	7,7	7,2	9,6	7,1	8,6	4,5	5,9	4,3	3,8	0,2	8,2	19,8	9,1	7,4	—	—	—	—
Powództwo zasądzono:																		
a) wyrok prawomocny . . .	12,5	15,2	7,4	8,6	11,1	18,8	21,6	31,8	11,5	4,7	8,2	4,5	18,2	61,9	10,0	2,2	2,22	16,6
b) „ nieprawomocny . .	6,1	5,4	16,0	15,9	3,7	2,3	1,0	0,9	19,2	9,3	4,1	4,1	—	—	10,0	1,3	—	—
Proces w toku	16,0	15,3	19,1	17,1	15,2	12,6	10,8	14,5	30,9	20,1	18,4	22,1	—	—	10,0	14,5	3,34	19,3

Wynik sporu według przyczyn

we wszystkich działach ubezpieczeń łącznie za okres 5-cio letni.

Tabl. 5. 1932 — 1936 r.

Wynik sporu	Przyczyna sporu: Ogółem		Nieopłacone składki		Wygórowane żądania		Szkoda nieubezp. lub położona poza miejsc. ubezpiecz.		Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa		Celowe wywołanie szkody		Różne	
	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)
Ogółem . .	**545**	**5.387.959**	**106**	**1.056.828**	**84**	**885.122**	**101**	**1.256.346**	**174**	**1.588.232**	**45**	**316.652**	**35**	**284.779**
Ugoda	155	1.672.348	22	234.513	24	182.683	28	491.210	61	611.155	13	99.904	7	52.883
Powództwo oddalono														
a) wyrok prawomocny . . .	160	1.394.769	47	535.037	26	244.197	37	302.441	31	170.618	13	50.894	6	91.582
b) wyrok nieprawomocny . .	42	386.331	7	29.887	7	27.598	7	41.144	9	155.182	5	100.269	7	32.251
Powództwo zasądzono														
a) wyrok prawomocny . . .	68	820.590	13	113.825	13	322.060	12	195.311	26	185.637	2	772	2	2.985
b) wyrok nieprawomocny . .	33	288.736	6	29.610	5	23.198	3	25.787	14	171.689	2	8.956	3	29.496
Proces w toku . . .	87	825.185	11	113.956	9	85.386	14	200.453	33	293.951	10	55.857	10	75.582
	w % %													
Ogółem . .	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Ugoda	28,4	31,0	20,8	22,2	28,5	20,6	27,7	39,0	35,1	38,5	28,9	31,6	20,0	18,6
Powództwo oddalono														
a) wyrok prawomocny . . .	29,3	25,9	44,2	50,6	31,0	27,6	36,6	24,1	17,8	10,7	28,9	16,1	17,1	32,2
b) wyrok nieprawomocny . .	7,7	7,2	6,6	2,8	8,3	3,1	6,9	3,3	5,2	9,8	11,2	31,7	20,0	11,3
Powództwo zasądzono														
a) wyrok prawomocny . . .	12,5	15,2	12,3	10,8	15,5	36,5	11,9	15,5	14,9	11,7	4,4	0,2	5,7	1,0
b) wyrok nieprawomocny . .	6,1	5,4	5,7	2,8	6,0	2,6	3,0	2,1	8,0	10,8	4,4	2,8	8,6	10,4
Proces w toku . . .	16,0	15,3	10,4	10,8	10,7	9,6	13,9	16,0	19,0	18,5	22,2	17,6	28,6	26,5

Szkody sporne według przyczyn i dzielnic państwa polskiego

za okres 5-cio letni.

Tabl. 6. 1932 — 1936 r.

Przyczyna sporu	Ogółem		Woj. zachodnie		Woj. południowe		Woj. centralne i wschodnie	
	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)
Ogółem	**545**	**5.387.959**	**233**	**1.951.395**	**181**	**1.840.197**	**131**	**1.596.367**
Nieopłacenie składki	106	1.056.828	38	403.478	40	392.025	28	261.325
Wygórowane żądania	84	885.122	27	131.454	39	455.092	18	298.576
Szkoda nieubezp. lub położona poza miejscem ubezpieczenia	101	1.256.346	49	494.188	30	476.460	22	285.698
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa	174	1.588.232	86	709.435	44	285.946	44	592.851
Celowe wywołanie szkody	45	316.652	17	119.944	19	115.382	9	81.326
Różne	35	284.779	16	92.896	9	115.292	10	76.591
				w % %				
Ogółem	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Nieopłacenie składki	19,5	19,6	16,3	20,7	22,1	21,3	21,4	16,4
Wygórowane żądania	15,4	16,4	11,6	6,7	21,5	24,7	13,7	18,7
Szkoda nieubezp. lub położona poza miejscem ubezpieczenia	18,5	23,3	21,0	25,3	16,6	25,9	16,8	17,9
Zatajenie lub zwiększenie niebezpieczeństwa	31,9	29,5	36,9	36,4	24,3	15,5	33,6	37,1
Celowe wywołanie szkody	8,3	5,9	7,3	6,1	10,5	6,3	6,9	5,1
Różne	6,4	5,3	6,9	4,8	5,0	6,3	7,6	4,8

Szkody sporne według wyniku sporu i dzielnic Polski

za okres 5-cio letni.

Tabl. 7. 1932 — 1936 r.

Wynik sporu	Ogółem		Woj. zachodnie		Woj. południowe		Woj. centralne i wschodnie	
	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)	Liczba sporów	Odszkodowanie sporne (zł)
Ogółem	**545**	**5.387.959**	**233**	**1.951.395**	**181**	**1.840.197**	**131**	**1.596.367**
Ugoda	155	1.672.348	93	695.789	28	481.425	34	495.134
Powództwo oddalono:								
a) wyrok prawomocny	160	1.394.769	54	401.774	73	641.574	33	351.421
b) „ nieprawomocny	42	386.331	14	120.419	16	157.339	12	108.573
Powództwo zasądzono:								
a) wyrok prawomocny	68	820.590	28	290.456	24	304.625	16	225.509
b) „ nieprawomocny	33	288.736	13	65.893	10	76.579	10	146.264
Proces w toku	87	825.185	31	377.064	30	178.655	26	269.466
	w % %							
Ogółem	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
Ugoda	28,4	31,0	39,9	35,6	15,5	26,1	26,0	31,0
Powództwo oddalono:								
a) wyrok prawomocny	29,3	25,9	23,2	20,6	40,3	34,8	25,2	22,0
b) „ nieprawomocny	7,7	7,2	6,0	6,2	8,8	8,6	9,2	6,8
Powództwo zasądzono:								
a) wyrok prawomocny	12,5	15,2	12,0	14,9	13,3	16,6	12,2	14,1
b) „ nieprawomocny	6,1	5,4	5,6	3,4	5,5	4,2	7,6	9,2
Proces w toku	16,0	15,3	13,3	19,3	16,6	9,7	19,8	16,9

Mgr HENRYK TEJTELBAUM.

PRAWNO-UBEZPIECZENIOWE POJĘCIE POŻARU[1]).

Podstawę dla ustalenia prawnej definicji pożaru stanowi pojęcie, które sobie można wyrobić z dotyczących przepisów prawnych. Utworzone w ten sposób pojęcie pożaru przyjąć może praktyka bez zmian, albo też rozszerzyć je lub ścieśnić swymi ogólnymi warunkami, gdyż odnośne normy, obowiązujące w Państwie Polskim (§ 82 ust. niemieckiej i § 73 ustawy austriackiej; Rozp. Prez. z dnia 24.II.1928 r. (Dz. U. R. P. Nr. 25 poz. 211) nie normuje specjalnie ubezpieczeń od ognia) są dyspozytywne.

Jednakowoż pomienione ustawy o umowie ubezpieczenia nie dały pojęcia pożaru[2]), a jak wynika z motywów do ustawy niemieckiej, uczyniono to celowo, obawiając się, że ustalenie definicji może się stać poważną przeszkodą dla teoretycznego i praktycznego rozwoju prawa. Nie ulega jednak wątpliwości, że ustawodawcy mieli przed sobą jakieś jednolite po-

---

[1]) Artykuł niniejszy stanowi specjalnie opracowany fragment monografii autora, będącej na ukończeniu p.t. „Zakres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przy ubezpieczeniach od ognia", gdzie znajduje się obszerniejsze omówienie przedmiotu wraz ze szczegółową literaturą, z której tu podamy jedynie najważniejsze dzieła i rozprawy:

Anschiringer, Die sogenannten Bagatellschäden bei der Feuerversicherung, Mitteilung für die öffentlichen Feuerversicherungs-Anstalten, Berlin 1906, str. 153; Aufsichtsamt, (Niemiecki Urząd Kontroli Ubezpieczeń), Gutachten des Aufsichtsamts über den Begriff des Brandes, Veröffentlichungen des Reichsaufsichtsamts für Privatversicherung, Berlin 1910, str. 272; Bruck- Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag 6 wyd., Berlin 1929, str. 373; tenże Das Privatversicherungsrecht Manheim—Berlin—Lipsk 1930, str. 636; Domizlaff- Liebig-Berliner, Die Allgemeinen Feuerversicherungsbedingungen 9 wyd., Berlin 1930, str. 33; Domizlaff-Bemerkungen über den Begriff des Brandes Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin, 1911, str. 527; Domizlaff-Blase Feuerversicherung, 2 wyd., Berlin 1923, str. 40; Dorn, art. „Feuerversicherung" w „Handwörterbuch des Staatswissenschaften" 4 wyd. Jena 1926, tom III; Ehrenzweig, Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung, Wiedeń 1929, str. 244; tenże Versicherungsvertragsrecht, Wiedeń—Lipsk, 1935, str. 563; Fick — Der Begriff der Feuerversicherung, Zurych 1918; Gierke — Der Begriff des Brandes in der Feuerversicherung — Zeitschrift für das gesamte Handelsrecht und Konkursrecht, Stuttgart, tom 71 (1912 r.), str. 326; Hagen — Das Versicherungsrecht, Lipsk 1922 tom II, str. 8; Helmer — Der Brandbegriff und die unechten Brandschäden in der deutschen Feuerversicherung, Berlin—Dahlem 1930; Kürsten, Der Brandbegriff der Allgemeinen Versicherungsbedingungen — Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, Berlin 1930, str. 263; Raiser-Kommentar der allgemeinen Feuerversicherungsbedingungen (Raiser R., Bendt, Blase, Raiser C., Vollert) Berlin 1930, str. 59.

[2]) Szwedzka ustawa o umowie ubezpieczenia z 1927 r. postanawia w § 79: „w umowach ubezpieczenia od ognia należy rozumieć przez pożar — roznoszący się ogień", motywy zaś do tej ustawy (wydanie niemieckie, str. 147): „jako pożar można określić ogień tylko wtedy, gdy zawiera niebezpieczeństwo samodzielnego rozszerzenia się procesu spalania". Francuska ustawa o umowie ubezpieczenia z 1930 r. nie wnosi w tym kierunku nic istotnie nowego.

jęcie pożaru, lecz z pomienionych powodów pozostawili wyraźnie każdoczesne jego ustalenie nauce i orzecznictwu.

W ramach niniejszego artykułu nie możemy przedstawić ewolucji pojęcia pożaru w nauce i judykaturze, lecz przechodzimy odrazu do obecnego jego stanu, posiadającego dla nas aktualną i praktyczną wartość. Ostatnim wyrazem stanu nauki na tym polu jest definicja pożaru, zawarta w niemieckich ogólnych warunkach ubezpieczenia od ognia z 1929 r., stanowiących główną podstawę dla tekstu jednolitych warunków ubezpieczenia od ognia, opracowanych przez b. Zrzeszenie Towarzystw Ubezpieczeń od Ognia i przedstawionych do zatwierdzenia Państwowemu Urzędowi Kontroli Ubezpieczeń w roku 1935, co do których jednak P.U.K.U. nie wypowiedział się dotychczas, prawdopodobnie w związku z przygotowaniem projektu polskiej ustawy o umowie ubezpieczenia przez Dr Bronisława Hełczyńskiego, Pierwszego Prezesa N.T.A.

Tekst jednolitych warunków ubezpieczenia zawiera § 1 — 1 następującą definicję pożaru: „za pożar uważa się ogień, który przedostał się poza przeznaczone do określonego celu palenisko lub wszczął się bez takiego paleniska, a zdolny jest rozszerzać się o własnej sile". Uchwałą posiedzenia Komisji Taryfowej Sekcji Ogniowej Związku Prywatnych Zakładów Ubezpieczeń w Polsce z dnia 13.IV.1937 r. został tekst zastrzeżenia Nr. 16 (broszura „Zastrzeżenia" z 1931 r.) zastąpiony wyciągiem z § 1—1 projektu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Z uwagi na powyższe aktualnym jest obecnie zanalizowanie pomienionej definicji, zwłaszcza, że chodzi tu o pojęcie nowe, którym dotychczas nie zajmowało się zupełnie nasze piśmiennictwo ubezpieczeniowe.

Przechodzimy więc obecnie do analizy omawianego pojęcia. Według cytowanej definicji na to, aby można było uważać ogień za pożar, podpadający pod odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, potrzeba dwóch warunków:

a) aby nie wszczął się w przeznaczonym do określonego celu palenisku, ani go też nie opuścił (warunek negatywny, dotyczący sposobu powstania),

b) by ogień był zdolny rozszerzać się o własnej sile (warunek pozytywny, dotyczący możliwości działania).

Wobec tego ogranicza się pojęcie pożaru w dwóch kierunkach:

A) *Nie jest pożarem ogień, który powstał w przeznaczonym do określonego celu palenisku i pozostał w nim.* Paleniskiem jest każda rzecz i każde urządzenie, z którego lub w którym powstać może w ogóle ogień. Paleniskiem, przeznaczonym do określonego celu, są wszelkie przedmioty oraz urządzenia, służące z założenia i stosownie do swych właściwości albo ogólnie uznanej funkcji do wytwarzania, rozszerzania lub ograniczania ognia w celach użytkowych, przy czym ogień ten pozostaje pod władzą człowieka i spala tylko przedmioty, przeznaczone do tego jako materiały opałowe[3]). Cechą paleniska jest jego planowość, tj. działanie, skierowane do uzyskania korzyści w określonym kierunku i oznaczonym miej-

[3]) Paleniskiem, przeznaczonym do określonego celu są więc wszelkie aparaty i urządzenia, służące do wytworzenia ognia, ogrzewania, oświetlenia, gotowania, dla celów fabrykacyjnych, dekoracyjnych, religijnych, obrzędowych, leczniczych, dalej papierosy, fajki itd.

scu za pomocą ognia. Należy tu ująć przeznaczenie paleniska jedynie z punktu widzenia obiektywnego. Stanowisko subiektywne zmusza nas bowiem do oceny, czyja wola (właściciela lub osoby, upoważnionej do rozporządzania rzeczą, czy też wywołującej ogień) posiada decydujące znaczenie. Jeżeli np. weźmiemy pod uwagę wolę osoby, wzniecającej ogień, wówczas musielibyśmy uważać za palenisko, przeznaczone do określonego celu, budynek, podpalony dla uzyskania odszkodowania pogorzelowego, co prowadziłoby, oczywiście, do absurdu.

Do szkód, niepowstałych w palenisku, przeznaczonym do określonego celu, należą straty, wynikłe wbrew woli i chęci człowieka, jak np. pożary z wybuchów nieprzewidzianych, uderzenia piorunu, samozapalenia, samoeksplozji, krótkiego spięcia. Przeważnie jednak ogień jest wynikiem działania ludzkiego, a więc posiada zazwyczaj palenisko, przeznaczone do określonego celu. Oczywiście, jeżeli ogień opuszcza jedno palenisko, przeznaczone do określonego celu i dostaje się do drugiego (np. gdy zapala się zapałką drzewo w piecu), wówczas nie ma mowy o pożarze. Koniecznym jest więc do powstania pożaru, by ogień przedostał się z takiego paleniska do miejsca, nie mającego cech paleniska, przeznaczonego do określonego celu (np. wypadnięcie rozpalonego węgla z pieca na podłogę, zapalenie się firanek od świecy).

Z powyższego warunku wynika, że nie podpadają pod odpowiedzialność szkody, zrządzone:

1) wskutek działania ognia, który pozostał w swym palenisku przeznaczonym do określonego celu,

2) w przedmiotach, które niezgodnie z przeznaczeniem zostały zniszczone lub uszkodzone we wnętrzu paleniska, przeznaczonego do określonego celu.

B) *Nie jest pożarem ogień, który nie może się rozszerzać o własnej sile.* Przede wszystkim należy zanalizować tu wyrażenie „o własnej sile". Własną siłą ognia jest intensywność rozwijania się ciepła, a także i zdolność oddziaływania na otoczenie, z którym ogień pozostaje w bezpośredniej lub pośredniej styczności. O własnej sile ognia mówić możemy wówczas, gdy ogień może się rozwinąć po ustaniu działania zapalającej przyczyny. Tylko taki ogień, który posiada zdolność samoistnego rozszerzania się, jest typowo niebezpiecznym. Zadaniem ubezpieczenia od ognia jest ochrona przed materialnymi skutkami pożaru, będącego właśnie ogniem typowo niebezpiecznym. W wypadkach zaś, w których zachodzi ogień gospodarczoszkodliwy bez znamienia niebezpieczeństwa, nie ma w ogóle mowy o pożarze.

Zdolność samoistnego rozszerzania się jest więc istotną cechą pożaru, a niebezpieczeństwo typowe zachodzi nawet wówczas, gdy mały odosobniony przedmiot zostanie ogarnięty ogniem, mogącym się rozszerzyć o własnej sile. Stosować tu należy kryterium obiektywnej prognozy ex post, czyli że prawdopodobieństwo danego skutku zachodzi wówczas, gdy z punktu widzenia obiektywnego obserwatora powinien on był nastąpić. Przenieść się więc należy do momentu działania odnośnego faktu i ustalić, czy warunki już wówczas istniejące oraz te, które miały nastąpić później, uzasadniały istotnie prawdopodobieństwo takiego skutku.

Ogień wówczas nie może się rozwinąć o własnej sile, jeżeli spowodowany nim proces spalania w danym przedmiocie ogranicza się do miejsca bezpośredniego działania, nie może się wydostać poza nie i kończy się z uszkodzeniem tegoż. Fizycznie można to określić następująco: ośrodek ogniowy, działający szkodliwie na dany przedmiot, jest zbyt słaby, aby wyzwolić tyle energii cieplnej, ile jest konieczne do utrzymania temperatury na tym samym poziomie lub dla jej podwyższenia bez nowego paliwa lub ciepła.

Zachodzić tu może zarówno brak:

a) w zapalającej przyczynie,

b) w uszkodzonym przedmiocie, lub

c) w towarzyszących okolicznościach.

Wyjaśni nam to następujący przykład:

Ten sam niedopałek papierosa, który został rzucony przez nieuwagę na stos heblowin, jest w stanie spowodować pożar o groźnych rozmiarach, jeżeli upadnie na płytę stołową, może tylko uszkodzić politurę w tym miejscu, gdy zaś spadnie na dywan lub obrus, wówczas wypala dziurkę. Zależy to jednak nie tylko od właściwości danego przedmiotu, lecz również i od innych okoliczności. Jeśli np. dywan, na który upadł niedopałek papierosa, był namoczony w czasie czyszczenia, wówczas niedopałek natychmiast zgaśnie. Gdy dywan znajduje się w zamkniętym pokoju, nastąpić może wypalenie dziurki i na tym zakończy się proces tlenia. Jeżeli zaś w tym pokoju panuje przeciąg, wówczas proces spalania wywołać może nawet płomienie i pożar.

Na zakończenie pragniemy jeszcze podkreślić, że karne pojęcie pożaru nie może mieć zastosowania w prawie ubezpieczeniowym. Albowiem różnica między karnym, a ubezpieczeniowym pojęciem pożaru polega na tym, że w prawie karnym istotnym jest *niebezpieczeństwo powszechne*, tj. samostworzenie groźnej sytuacji dla większej ilości dóbr prawnych (dla mienia i życia ludzkiego) [4]. Natomiast ubezpieczeniowe pojęcie pożaru posiada cechę *niebezpieczeństwa typowego*, tj. możność samoistnego rozszerzenia się poza palenisko, przeznaczone do określonego celu, połączoną z wyrządzeniem wskutek tego szkód gospodarczych.

Oba te pojęcia mogą się z sobą często pokrywać, gdyż niebezpieczeństwo powszechne zachodzić może jednocześnie z niebezpieczeństwem typowym, jak np. w czasie pożaru domu mieszkalnego, sąsiadującego z innymi budynkami. W innych znów wypadkach występować może pożar wyłącznie w znaczeniu ubezpieczeniowym lub wyłącznie w rozumieniu karnym. Pożar w znaczeniu tylko karnym zachodzi wówczas, gdy np. właściciel szopy, położonej w centrum wsi, podpala ten budynek celem zaoszczędzenia sobie kosztów rozbiórki. Wobec znamienia niebezpieczeństwa powszechnego (pożar zagraża innym budynkom) mamy tu do czynienia

---

[4]) Por. art. 215 K. K.; J. Makarewicz, Kodeks Karny z Komentarzem, Lwów, 1932, str. 310; Glaser — Mogilnicki, Kodeks karny, Komentarz, Kraków 1934, str. 686; „Przez „pożar" należy rozumieć ogień w większej rozciągłości, zdolny zniszczyć mienie i narazić na niebezpieczeństwo życie ludzkie"; Gulczyński, Pożar a nowy Kodeks Karny, Przewodnik Ubezpieczeniowy 1933 r. Nr 2.

z pożarem wyłącznie w znaczeniu karnym, a nie ubezpieczeniowym, gdyż pożar nie tylko, że nie spowodował w danym wypadku szkody gospodarczej, lecz nawet przyniósł korzyść.

Jeżeli zaś zapali się stóg siana, znajdujący się w odosobnieniu na polu, przy czym ogień nie może się przerzucić poza ten przedmiot, wówczas zachodzi pożar wyłącznie w rozumieniu ubezpieczeniowym (brak cechy niebezpieczeństwa powszechnego).

Druga część omawianej klauzuli dotyczy tzw. niewłaściwie szkód drobnych, wymagających szczegółowego omówienia w oddzielnym artykule.

Mgr Henryk Tejtelbaum.

ORZECZNICTWO SĄDOWE.

1. UBEZPIECZENIE NA CUDZY RACHUNEK.

Stosownie do art. 92 Kodeksu Zobowiązań strony zawierające umowę mogą zastrzec świadczenie na rzecz osoby trzeciej, nie biorącej udziału w umowie, która może wprost od dłużnika żądać spełnienia świadczenia, zaś dłużnik może podnieść zarzuty z umowy także i przeciwko osobie trzeciej.

Umowy tego rodzaju znane są wszystkim prawodawstwom z dawien dawna. Jeszcze w czasach starożytnych spotykamy się z pewnymi szczątkami tego rodzaju umów. Specjalnie rozwinął się ten typ umów dopiero z rozwojem ubezpieczeń, w tej dziedzinie bowiem stanowią one lwią część zawieranych umów (wszystkie ubezpieczenia na wypadek śmierci, ubezpieczenia wypadkowe, ubezpieczenia szkodowe domów warrantowych, ekspedycyjnych, itp.).

Również i wszystkie obowiązujące na ziemiach polskich, przed wprowadzeniem w życie Kodeksu Zobowiązań, prawodawstwa zawierają przepisy zgodne z zasadami Kodeksu Zobowiązań, dopuszczające zawieranie umów na korzyść trzeciego, a mianowicie: kodeks cywilny niemiecki — § 328 ust. 1, kodeks cywilny austriacki — § 881 ust. 2, kodeks Napoleona art. 1121. Jedynie T. X cz. 1 zbioru praw rosyjskich nie wspomina o umowach na korzyść trzeciego, jednak orzecznictwo i teoria prawa rosyjskiego wyraźnie szły w kierunku dopuszczania tych umów.

Jeżeli chodzi o prawo ubezpieczeniowe, to przepisy, normujące zawieranie tych umów, znajdujemy: w austriackiej ustawie o umowie ubezpieczenia w §§ 69 — 71 i w niemieckiej ustawie o umowie ubezpieczenia w §§ 74 — 80.

A) Charakter prawny umowy na cudzy rachunek.

Umowa na korzyść trzeciego w ogóle, a umowa ubezpieczeniowa na cudzy rachunek w szczególności, są to umowy sui generis, nie dające się podciągnąć pod inne rodzaje umów. Wielu teoretyków prawa cywilnego utożsamia umowy na korzyść trzeciego z istniejącymi rodzajami umów, traktując umowę tę jako negatiorum gestio, darowiznę sub modo, a nawet (bardzo we Francji ongiś rozpowszechniona teoria) jako ofertę. Wszystkie te teorie są niedostateczne i specjalnie w dziedzinie ubezpieczeniowej nie mają racji bytu, bowiem w tej dziedzinie umowy są często bardzo między sobą różne i nie podobne jedna do drugiej. Skutkiem tego charakterem swym zbliżają się one to do jednego to do drugiego typu umów.

a) Ubezpieczenia na wypadek śmierci mają wiele cech wspólnych z darowizną.

b) Ubezpieczenia pracowników zakładu przemysłowego od nieszczęśliwych wypadków zbliżone są do negotiorum gestio.

c) Ubezpieczenia towarów w składzie warrantowym mogą być oparte na zleceniu tej czynności przez właściciela ubezpieczonych towarów, na pełnomocnictwie lub też na negotiorum gestio.

Jak widzimy ujęcie istoty ubezpieczenia na cudzy rachunek w jakąś formę prawną jest zupełnie niemożliwe wobec różnorodności tego rodzaju umów.

Dlatego też ani w warunkach ogólnych ubezpieczenia, ani w ustawach o umowie ubezpieczenia, nie znajdujemy analizy tego rodzaju umów, a tylko przepisy zredagowane jak najbardziej ogólnie, stwierdzające, że ubezpieczający uprawniony jest do zawarcia umowy ubezpieczenia na rachunek osoby trzeciej. Taki też przepis znajdujemy właśnie w ustawach austriackiej i niemieckiej.

B) Zawarcie umowy na cudzy rachunek.

Umowy tego rodzaju mogą być zawierane z oznaczeniem osoby uprawnionej, lub bez tego oznaczenia i dlatego polisy ubezpieczeniowe wystawiane są nie na imię ubezpieczającego a na imię ubezpieczonego (upoważnionego) lub też na okaziciela. Z tego wynika, że mamy do czynienia jak gdyby z dwiema umowami: umową ubezpieczenia w połączeniu z umową na cudzy rachunek, w potocznym jednak życiu przyjęte jest mówić o umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek.

Zwykle spotykamy się z zastrzeżeniem umownym lub ustawowym, że w razie wątpliwości, czy ubezpieczający zawarł umowę na swój czy na cudzy rachunek, należy domniemywać, że umowa zawarta została na własny rachunek ubezpieczającego (§ 69 p. 2 ustawy austriackiej i § 74 ustawy niemieckiej).

Tego rodzaju stanowisko jest konsekwencją faktu, że umowa na cudzy rachunek jest jednak wyjątkiem od ogólnej zasady skutków umowy, które wynikają zasadniczo dla stron zawierających umowę. Skoro strony chcą zawrzeć umowę, stanowiącą wyjątek od zasad ogólnych, to niewątpliwie powinny wyraźnie i niedwuznacznie ten swój zamiar w samej umowie uwidocznić, inaczej bowiem wszelkie wątpliwości muszą powodować podciągnięcie danej umowy pod ogólne zasady o zawieraniu umów, co jest zupełnie logiczne i właściwe.

C) Uprawnienia i obowiązki stron.

Tak warunki ogólne, jak i ustawy o umowie ubezpieczenia, dopuszczające zawieranie umów na cudzy rachunek, przewidują zwykle prawa i obowiązki zawierających umowę, ubezpieczającego jak i ubezpieczonego (uposażonego, obdarowanego). Z obowiązujących na ziemiach polskich przepisów obowiązywały normy następujące:

a) Uprawnienia zakładu ubezpieczeń.

aa) Prawo do odstępowania od umowy ubezpieczenia w razie zatajenia lub nieprawidłowego zadeklarowania okoliczności, wpływających na stopień niebezpieczeństwa powstaje nie tylko wskutek winy ubezpieczającego, ale i wskutek winy ubezpieczonego.

Skutki te, jeśli chodzi o winę ubezpieczonego nie zachodzą, jeżeli umowa ubezpieczeniowa zawarta została bez wiedzy ubezpieczonego, chyba, że ubezpieczający ukrył tę okoliczność przed zakładem ubezpieczeń.

bb) Umowa ubezpieczenia jest nieważną i zakład ubezpieczeń wolny jest od obowiązku świadczenia w tym wypadku, gdy ubezpieczony wiedział, że wypadek, przewidziany w umowie ubezpieczeniowej, zaszedł już przed zawarciem umowy. W tym wypadku obowiązuje to samo zastrzeżenie co do skutków świadomości ubezpieczającego, co i w wypadku poprzednim.

cc) Zakład ubezpieczeń uprawniony jest zarachować swoje pretensje przy wypłacaniu odszkodowania lub kapitału ubezpieczonemu, ale tylko takie, jakie wynikają bezpośrednio z zawartej umowy ubezpieczenia, a więc pretensje z tytułu niedopłaconej przez ubezpieczającego składki, uzyskanej od zakładu ubezpieczeń pożyczki itp.

b) Obowiązki ubezpieczonego.

Ubezpieczony, który ma prawo żądania wypłacenia sobie odszkodowania lub ubezpieczonego kapitału, ma te same obowiązki, co i ubezpieczający, jeżeli chodzi o

aa) obowiązek doniesienia o okolicznościach, mających wpływ na stopień bezpieczeństwa,

bb) obowiązek zawiadomienia zakładu ubezpieczeń, że wypadek przewidziany w umowie ubezpieczenia zaszedł,

cc) dostarczenie dowodów niezbędnych dla ustalenia faktu zajścia wypadku.

c) Uprawnienia ubezpieczającego.

Uprawnienia ubezpieczającego inne są przed doręczeniem polisy (lub dokumentu zastępczego) ubezpieczonemu, a inne po doręczeniu tych dokumentów.

aa) Przed wręczeniem dokumentu ubezpieczający dysponuje prawami, wynikającymi z umowy ubezpieczenia bez żadnych ograniczeń, a zatem może odszkodowanie lub ubezpieczony kapitał odebrać, scedować na trzecią osobę, bez zgody ubezpieczonego, odstąpić od umowy ubezpieczenia za zgodą zakładu ubezpieczeń, a nawet dowolnie zmieniać osobę ubezpieczonego (ale tylko do chwili zajścia wypadku, przewidzianego w umowie ubezpieczenia, jeżeli chodzi o ubezpieczenie na życie lub od nieszczęśliwych wypadków).

bb) Po doręczeniu dowodu ubezpieczeniowego ubezpieczonemu, ubezpieczający nie może już bez zgody ubezpieczonego przyjąć, ani scedować na osoby trzecie sum, jakie mogłyby mu się należeć od zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartego ubezpieczenia.

cc) Wreszcie ubezpieczający w tych wypadkach, gdy w myśl zawartej umowy obowiązany jest wydać polisę lub dokument zastępczy ubezpieczonemu, uprawniony jest do zatrzymania dowodu ubezpieczeniowego do czasu, póki nie zostaną zaspokojone jego pretensje do ubezpieczonego z tytułu wszelkich wydatków, uskutecznionych w związku z ubezpieczonym przedmiotem (zapłacone składki, prowizje, koszta przewozu itp.). Należności te korzystają zazwyczaj z pierwszeństwa w razie egzekucji skierowanej przez wierzycieli ubezpieczonego do sumy odszkodowania lub kapitału ubezpieczonego.

d) Uprawnienia ubezpieczonego.

W zasadzie ubezpieczony jest tą osobą, na którą przechodzą prawa, wynikające z umowy ubezpieczenia. Tak jest tylko w zasadzie, bowiem pełnię prawa ubezpieczony osiągnąć może dopiero wówczas, gdy otrzyma na rękę dokument ubezpieczeniowy, z tą chwilą bowiem zakład ubezpieczeń

nie może wypłacić sumy odszkodowania lub sumy ubezpieczonej komu innemu. Do czasu otrzymania tego dokumentu uprawnienia ubezpieczonego nie są wielkie, nie posiada on bowiem praw poszukiwania sum, należnych mu od zakładu ubezpieczeń, nie ma prawa dysponowania należyć się mającymi sumami ani odebrania ich. Jednak przepis, postanawiający, że prawa z ubezpieczenia na cudzy rachunek należą do ubezpieczonego, nie jest fikcją, — posiada on między innymi bardzo ważne uprawnienie, a mianowicie: prawo zapłacenia składki ubezpieczeniowej, choćby ubezpieczający zapłaty tej uskutecznić nie miał zamiaru i w ten sposób utrzymać w mocy umowę ubezpieczenia, a więc i swoje uprawnienia.

Po wydaniu ubezpieczonemu dokumentu ubezpieczeniowego przysługuje mu pełnia praw, jakie z zawartej umowy ubezpieczenia wypływają, a więc może już dysponować kwotami należnymi od zakładów ubezpieczeń, może poszukiwać tych sum itp.

Wreszcie w ubezpieczeniach życiowych często zdarzają się zastrzeżenia, że obdarowany ma prawo przejąć na siebie umowę ubezpieczenia w razie, gdy wytoczona została egzekucja do majątku ubezpieczającego lub też ogłoszona mu została upadłość. W tym wypadku ubezpieczony obowiązany jest wpłacić egzekwującemu wierzycielowi lub masie upadłości, po uprzednim zawiadomieniu o swym zamiarze przejęcia praw i obowiązków zakładu ubezpieczeń, w ciągu oznaczonego czasu sumę wykupu.

Czas ten biegnie od momentu dowiedzenia się ubezpieczonego o rozpoczęciu się egzekucji lub od momentu ogłoszenia upadłości.

e) Uprawnienia kilku obdarowanych.

W ubezpieczeniach życiowych i od nieszczęśliwych wypadków spotykamy się z faktem zawarcia umowy na rzecz kilku osób obdarowanych. W tych wypadkach uprawnienia wynikające z umowy przechodzą na obdarowanych w stosunku, przewidzianym w umowie ubezpieczeniowej. Jeżeli zaś stosunek ten w umowie określony nie został, wówczas wszyscy obdarowani uprawnieni są w równych częściach.

f) Uprawnienia sukcesorów.

Jeżeli ubezpieczający w ubezpieczeniach życiowych i wypadkowych nie wskazał osoby czy osób obdarowanych, wówczas uprawnienia z umowy ubezpieczenia przechodzą na sukcesorów zgodnie z przepisami obowiązującego prawa spadkowego. Jest to zupełnie jasne i żadnych wątpliwości nie budzi.

Nie od rzeczy będzie jednak zastanowić się nad kwestią inną, której na ogół w ustawach o umowie ubezpieczenia nie spotykamy. Mianowicie chodzi o to, czy sumę ubezpieczoną ze wskazaniem obdarowanego można podciągnąć pod pojęcie sumy, która może mieć wpływ na prawo rozporządzania majątkiem przez ubezpieczonego przy istnieniu sukcesorów koniecznych. Jak wiemy prawo rozporządzania majątkiem ograniczone jest: spadkodawca nie ma prawa przez darowizny lub inne akta, ani przez testament rozporządzać tą częścią majątku swego, którą prawo spadkowe zachowuje dla sukcesorów koniecznych (najbliższych — wstępnych, małżonków i zstępnych).

W tej kwestii odpowiedź jest bardzo prosta i żadnych wątpliwości budzić nie powinna: ubezpieczenie nie jest darowizną — jest ono umową na korzyść trzeciego i bynajmniej najmniejszego wpływu na wysokość części

rozporządzalnej mieć nie może. Prawo obdarowanego nie jest prawem pochodnym, a jest prawem jego własnym i osobistym, opartym na umowie ubezpieczenia, zawartej na jego korzyść.

Niewątpliwie w razie niewskazania osoby obdarowanego w umowach na życie suma ubezpieczona w razie śmierci ubezpieczającego wejdzie do masy spadkowej. Nie ma to jednak żadnego związku z kwestią omawianą. Wejście sumy ubezpieczonej do masy spadkowej ma miejsce dlatego, że ubezpieczający, nie wskazując osoby obdarowanego, tym samym wskazuje, że obdarowanymi są jego sukcesorowie w stosunku takim, w jakim dziedziczą po nim. Nie przeczy to zasadzie, że suma ubezpieczona nie jest sumą, mającą wpływ na wysokość sumy rozporządzalnej.

Z orzecznictwa sądowego w tej dziedzinie znamy jedno tylko dotychczas orzeczenie: *Sądu Najwyższego*, wydane na tle obowiązujących na terenie b. zaboru austriackiego przepisów ustawy austriackiej (§ 69). Orzeczenie to *z dnia 15 września 1933 (C. II. Rw. 1100/33)*, ogłoszone w Zbiorze Orzeczeń Sądu Najwyższego, rok 1934, zeszyt IV, N. 232, wydane zostało w okolicznościach następujących:

Dierżawca młyna ubezpieczył od pożaru w pozwanym zakładzie ubezpieczeń urządzenia młyna i ruchomości, będące częściową własnością jego, a częściowo właściciela młyna. We wniosku ubezpieczeniowym nie wskazał, które z ubezpieczonych przedmiotów są własnością właściciela młyna. W polisie ubezpieczeniowej nazwisko właściciela młyna nie zostało umieszczone. Składkę ubezpieczeniową opłacał ubezpieczający (powód). Po spaleniu się młyna wraz z urządzeniem i ruchomościami zakład ubezpieczeń nie wypłacił tej części odszkodowania pogorzelowego, jaka przypadała na urządzenia młyna i ruchomości, stanowiące własność właściciela młyna. Sąd Najwyższy uznał, że zakład ubezpieczeń obowiązany jest odszkodowanie wypłacić ubezpieczonemu w całości, bowiem chociaż umowa ubezpieczeniowa od pożaru co do rzeczy należących częściowo do właściciela młyna mogła być zawarta w formie ubezpieczenia na cudzy rachunek i chociaż ubezpieczający zaznaczał w swym wniosku ubezpieczeniowym, że niektóre z rzeczy znajdujących się w młynie, są własnością właściciela młyna, to jednak umowa o ubezpieczenie nie została ostatecznie zawarta jako umowa na cudzą korzyść, mianowicie na korzyść właściciela ubezpieczonych w tej umowie przedmiotów, a to dlatego, że polisa nie zawierała pod tym względem żadnego zastrzeżenia. W tych warunkach ubezpieczający uprawniony był do dysponowania sumą odszkodowania i skoro scedował ją na osoby trzecie, zakład ubezpieczeń nie jest uprawniony do odmowy wypłaty odszkodowania tym osobom. Stosunek wewnętrzny między ubezpieczającym a właścicielem ubezpieczonych przedmiotów nie nakłada żadnych zobowiązań na zakład ubezpieczeń, który nie przyjął w tym zakresie w polisie ubezpieczeniowej żadnych obowiązków na siebie. Gdyby ubezpieczenie to zostało zawarte nawet jako ubezpieczenie na rachunek właściciela młyna, to niemniej ubezpieczający, jako posiadacz polisy, był uprawniony wobec zakładu ubezpieczeń do rozporządzania sumą ubezpieczenia. Ponieważ zaś ubezpieczający dokonał tego rozporządzenia wobec zakładu ubezpieczeń co do całej sumy jeszcze przed zajściem wypadku przewidzianego w umowie ubezpieczenia, przeto zakład ubezpieczeń nie był uprawniony do zatrzymywania części sumy odszkodowania, co było tylko aktem ostrożności ze strony zakładu ubezpieczeń wobec sprzecznych ro-

szczeń osób zainteresowanych. Nie może też zakład ubezpieczeń opierać się na przepisie, uprawniającym zakład ubezpieczeń do uzależnienia wypłaty odszkodowania od zgody osoby właściciela ubezpieczonych przedmiotów, bowiem nie zostało w tej sprawie udowodnione by zakład ubezpieczeń zażądał od ubezpieczającego lub osób, którym on sumę odszkodowania scedował, aby dowód tej zgody dostarczyli zakładowi. Z tych wszystkich względów Sąd Najwyższy uznał, że zakład ubezpieczeń nie był uprawniony do zatrzymywania części odszkodowania, jaka mogła przypaść właścicielowi ubezpieczonych przedmiotów, gdyby ubezpieczenie zawarte zostało jako ubezpieczenie na rachunek jego.

2. PRZELEW PRAWA DO ODSZKODOWANIA.

1. Przelewem nazywamy porozumienie między wierzycielem a osobą trzecią, mocą którego wierzyciel przelewa swoją wierzytelność na tę osobę.

Jak wynika z pojęcia przelewu przelać można tylko to, co należało się przelewającemu w myśl ogólnie znanej maksymy: nemo plus juris in alium transferre potest, quam ipse habet, przelew więc nie może nigdy polepszyć sytuacji wierzyciela (osoby trzeciej). Również i odwrotnie: przelew nie może pogorszyć sytuacji dłużnika i dlatego dłużnikowi przysługują przeciwko nabywcy wierzytelności zarzuty, jakie miał przeciwko zbywcy w chwili powzięcia wiadomości o przelewie (art. 174 Kodeksu Zobowiązań).

Jednym słowem wierzytelność po przelewie pozostaje niezmieniona zupełnie — zmienia się jedynie osoba wierzyciela sumy należnej, inaczej mówiąc przelew zobowiązania — to zmiana osoby wierzyciela istniejącego zobowiązania, ale nie zmiana osoby kontrahenta, który bynajmniej nie wychodzi ze stosunku umownego.

W myśl art. 168 Kodeksu Zobowiązań wierzyciel może bez pozwolenia dłużnika przelać swą wierzytelność na osobę trzecią, o ile to nie sprzeciwia się właściwości zobowiązania ani przepisom. Z treści tego przepisu wynika, że prawo do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń może być przelane przez ubezpieczającego na dowolnie przez niego obraną osobę bez żadnych ograniczeń co do osoby przejmującej prawa, jednak zakład ubezpieczeń może przeciwko przejmującemu prawo do odszkodowania zgłosić wszelkie zarzuty (co do nieważności umowy, co do odstąpienia od umowy, co do zwolnienia zakładu ubezpieczeń od obowiązku wypłaty sumy ubezpieczenia lub odszkodowania w razie nastąpienia wypadku), jakie miał prawo zgłosić przeciwko przelewającemu prawa. Jest to zupełnie słuszne i przez Kodeks Zobowiązań zasada ta przyjęta została.

Również i ustawy o umowie ubezpieczenia nie zawierają na ogół ograniczeń przelewu prawa do świadczeń ze strony zakładu ubezpieczeń z wyjątkiem wypadków istnienia tzw. klauzuli odbudowy w ubezpieczeniach ogniowych. W tym wypadku zakład ubezpieczeń może wypłacić odszkodowanie tylko w trybie przewidzianym w ustawie lub umowie ubezpieczenia i przelew, w razie gdyby przez ubezpieczającego został uskuteczniony, żadnego znaczenia mieć nie będzie (vide §§ 98, 99 ustawy niemieckiej, §§ 80 i 87 ustawy austriackiej, art. 39 rozporządzenia o przymusie ubezpieczenia i o Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych).

2. Forma przelewu.

W myśl przepisu art. 172 Kodeksu Zobowiązań przelew wierzytelności winien być stwierdzony pismem, o ile nie chodzi o przelew wierzytelności z dokumentu na okaziciela, który to przelew uskutecznia się przez wydanie dokumentu (art. 171 Kodeksu Zobowiązań).

Wobec tego, że kodeks nie określa bliżej, jakim pismem winien być stwierdzony przelew, należy przepis powyższy rozumieć w ten sposób, że dokument prywatny jest wystarczający.

A zatem przelew praw do świadczeń ze strony zakładu ubezpieczeń może być uskuteczniony aktem urzędowym, aktem prywatnym lub drogą umieszczenia odpowiedniej wzmianki na dokumencie ubezpieczeniowym.

3. Zgoda dłużnika (zakładu ubezpieczeń) na przelew.

Zgoda dłużnika (w tym wypadku zakładu ubezpieczeń) nie jest bynajmniej wymagalna dla możności przelewu.

Jedynie w wypadku, gdy między zawierającymi umowę zostało umówione, że wierzytelność nie może być cedowana, a wierzyciel mimo to przelewa swą wierzytelność bez zezwolenia dłużnika, przelew wiąże dłużnika tylko w wypadku, gdy co do przelanej wierzytelności istnieje dokument piśmienny, nie zawierający wzmianki o takim ograniczeniu praw wierzyciela, a nabywca polega na dokumencie (art. 169). A zatem zakład ubezpieczeń nie jest odpowiedzialny względem osoby trzeciej, na którą przelane zostały uprawnienia z umowy ubezpieczenia, w tym wypadku, gdy w polisie zastrzeżono, że prawa z umowy nie mogą być cedowane na osobę trzecią. Jeżeli jednak takie zastrzeżenie uskutecznione zostanie nie w polisie lecz w innym dokumencie, wówczas nabywca ma prawo żądania wypłaty do rąk własnych, o ile oczywiście jest w dobrej wierze, tj. o ile nie wiedział o zakazie przelewu.

4. Co obejmuje przelew.

Wraz z wierzytelnością przechodzą na nabywcę wszelkie związane z nią prawa, a w szczególności prawo do zaległych odsetek, jeżeli nie umówiono się inaczej (art. 170 § 1 Kodeksu Zobowiązań). A zatem prócz odszkodowania i sumy ubezpieczonej na nabywcę przechodzą wszelkie dodatki, jakie zakład ubezpieczeń obowiązany jest wypłacić ubezpieczonemu, a więc procenty, koszty ratunku, ustalenia wysokości szkody itp., o ile przelew obejmuje całkowitą należność ubezpieczającego. Jeżeli przelew obejmuje tylko określoną sumę, wówczas oczywiście wszystko, co ponad tę sumę należy się ubezpieczającemu, zakład ubezpieczeń obowiązany jest wypłacić jemu.

5. Skutki przelewu.

a) Nabywca wstępuje w prawa ubezpieczającego z chwilą zawarcia umowy o przelewie wierzytelności (art. 170 § 1 Kodeksu Zobowiązań), jednak zakład ubezpieczeń związany jest przelewem dopiero od momentu, kiedy otrzymał zawiadomienie o przelewie wierzytelności, skutkiem czego zapłata dokonana ubezpieczającemu oraz wszelkie czynności z nim zdziałane, mają skutek przeciwko nabywcy, chyba że zakład ubezpieczeń wiedział o dokonanym przelewie w chwili zapłaty lub dokonania czynności z ubezpieczającym (art. 173 Kodeksu Zobowiązań). Przelew jednak musi być wyraźny, prawo nie zna domniemanych przelewów (vide niżej orzecznictwo w tej dziedzinie).

b) Zawiadomienie dłużnika (zakładu ubezpieczeń) o dokonanym przelewie powinno być uskutecznione piśmiennie (art. 173) przez zbywcę (ubezpieczonego) lub nabywcę.

6. Spory co do uprawnień do świadczeń.

Jeżeli między kilku osobami toczy się spór o to, która z nich jest wierzycielem (jest uprawniona do żądania wypłaty odszkodowania lub sumy ubezpieczonej) każda z nich ma prawo żądać, aby sąd do czasu ukończenia procesu nakazał dłużnikowi (zakładowi ubezpieczeń) wstrzymać się z zapłatą długu (odszkodowania lub sumy ubezpieczonej) lub złożyć przedmiot świadczenia do depozytu sądowego, jeżeli zapłata jest wymagalna.

7. Orzecznictwo sądowe.

Z orzecznictwa w tej dziedzinie mamy dwa orzeczenia *Sądu Najwyższego:* a) Powołane wyżej *orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 15 września 1933 roku (C. II. Rw. 1100/33)* w którym Sąd rozpatrywał kwestię, czy ubezpieczający ma prawo dysponowania sumą odszkodowania za przedmioty, co do których we wniosku zaznaczył, że są własnością osoby trzeciej. W tym wypadku Sąd Najwyższy wyszedł z założenia, że tego rodzaju zastrzeżenie we wniosku ubezpieczeniowym nie jest samo przez się ani cesją zobowiązania, ani zawarciem umowy na korzyść trzeciego, nie ma więc prawa zakład ubezpieczeń nie przyznać sumy odszkodowania ubezpieczającemu, skoro posiada on polisę i skoro zakład ubezpieczeń nie uzależnił wypłaty od zgody właściciela ubezpieczonych przedmiotów.

Ponadto Sąd Najwyższy podkreślił, że cesja, dokonana przez wierzyciela, skuteczną jest przeciw dłużnikowi z chwilą, gdy dłużnik otrzymał o niej wiadomość od wierzyciela. Dla skuteczności jej obojętną jest rzeczą, czy dłużnik zgadza się na cesję, czy nie.

Orzeczenie to zapadło wprawdzie na tle art. 1395 austriackiego kodeksu cywilnego, który brzmi: przez kontrakt cesji powstaje nowe zobowiązanie tylko między przenoszącym wierzytelność (cedentem) a przejmującym (cesjonariuszem), nie zaś między tym ostatnim a dłużnikiem (cessus). Dlatego dłużnik, dopóki się nie dowie o cesjonariuszu, ma prawo uiścić zapłatę pierwszemu wierzycielowi lub ułożyć się z nim w inny sposób.

b) *Orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 25 października 1934 roku, C. I. 726/34* ogłoszone w Orzecznictwie Sądów Polskich, tom XIV, N. 9, w którym Sąd Najwyższy uznał, iż cesja prawa do otrzymania odszkodowania od zakładu ubezpieczeń, uskuteczniona przed nastąpieniem wypadku, przewidzianego w umowie ubezpieczenia, nie stanowi zmiany kontrahenta, o ile warunki umowy nie uległy zmianie.

Sąd okręgowy oddalił powództwo o wynagrodzenie za zniszczony samochód, a sąd apelacyjny wyrok ten zatwierdził z zasad, iż przelew pretensji z polisy ubezpieczeniowej na rzecz powoda dokonany został wówczas, gdy pretensja z powodu wypadku, zaszłego po uskutecznieniu przelewu, jeszcze nie istniała oraz że powództwo ulega oddaleniu z powodu zmiany kontrahenta ubezpieczenia bez zgody piśmiennej pozwanego zakładu ubezpieczeń, której nie może nawet zastąpić wypłata powodowi wynagrodzenia za poprzednie wypadki. W skardze kasacyjnej słusznie zarzuca powód brak dostatecznego uzasadnienia co do zmiany kontrahenta w umowie ubezpieczeniowej, skoro bowiem powód twierdził, iż na jego rzecz scedowane zostało jedynie prawo do wynagrodzenia ubezpieczeniowego, przysługujące

ubezpieczającemu, to ustalenie sądu apelacyjnego, iż przez cesję na polisie nastąpiła zmiana kontrahenta, nie zostało dostatecznie uzasadnione, cesja bowiem pretensji z polisy ubezpieczeniowej, nawet przed nastąpieniem wypadku nie stanowi jeszcze zmiany kontrahenta umowy, a dotychczas stosowane warunki umowy ubezpieczenia nie uległy zmianie, nierozważanie zatem, czy na skutek ustąpienia praw i pretensji z polisy ubezpieczeniowej nastąpiły jakiekolwiek zmiany co do przewidzianych w umowie i stosowanych do czasu cesji warunków ubezpieczenia i wysnucie wniosku o zmianie kontrahenta stanowi brak dostatecznego uzasadnienia co do tego ostatniego wniosku i jest uchybieniem o tyle istotnym, iż zaskarżony wyrok ostać się nie może.

3. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA.

Mamy tu do zanotowania ciekawe orzeczenie Sądu Najwyższego w kwestii rozwiązania zawartej umowy ubezpieczenia na skutek oświadczenia strony, zaakceptowanego przez stronę drugą. Orzeczenie to zapadło na tle niemieckiej ustawy cywilnej, nie traci jednak swego znaczenia i obecnie przy wprowadzeniu w życie Kodeksu Zobowiązań, bowiem zasady w nim ustalone nie kolidują z tym kodeksem, w myśl którego umowy zawarte wygasają między innymi wówczas, gdy strony zgodnie przedstawią, że umowę rozwiązują (art. 271 K. Z.). Z natury rzeczy (i z art. 55 K. Z.), czytamy w uzasadnieniu komisji kodyfikacyjnej do art. 271, wynika, że strony, które mogły umowę zawrzeć lub jej nie zawierać, mogą też zgodnie umowę rozwiązać. Z kodeksów dotychczas w Polsce obowiązujących wyraźnie wspomina o tym prawie stron Kodeks Napoleona w art. 1134 i Tom X cz. 1 art. 1545 Zbioru Praw Rosyjskich, nie było jednak co do tego wątpliwości na obszarze kodeksu cywilnego austriackiego (Ehrenzweig, II, 1, § 353) i kodeksu cywilnego niemieckiego (Enneccerus — Kipp — Wolff, I, 2, § 297, I, 2).

W związku z tym przepisem oraz z faktem, jaki rozpatrzony został przez powołane orzeczenie Sądu Najwyższego, stoi kwestia, w jaki sposób strony, które zawarły ważnie umowę, mogą umowę tę rozwiązać. W tym wypadku nasz Kodeks Zobowiązań w zasadzie żadnej specjalnej formy nie wymaga, postanawiając, że wolę oświadczyć można nie tylko słowami i powszechnie przyjętymi znakami, lecz i takim zachowaniem się, które w danych okolicznościach nie budzi zastrzeżeń co do treści oświadczenia (art. 29 K. Z.). Z treści tego oświadczenia wynika, że rozwiązanie zawartej umowy strony mogą uskutecznić w dowolny sposób, o ile tylko specjalne przepisy nie wymagają jakiej specjalnej formy przy rozwiązywaniu pewnych kategorii umów. Ponieważ ani w Kodeksie Zobowiązań ani w przepisach ubezpieczeniowych żadnych przepisów co do formy rozwiązywania umowy ubezpieczenia nie znajdujemy, przepis art. 29 K. Z. jest tu decydującym i rozwiązanie umowy ubezpieczenia nastąpić może w dowolnej formie. O ile warunki zawartej umowy ubezpieczenia zawierają przepis, że wszelkie oznajmienia i oświadczenia, czynione zakładowi ubezpieczeń przy lub po zawarciu umowy, posiadają znaczenie obowiązujące tylko wtedy, gdy zostaną sporządzone na piśmie, wówczas warunek taki obowiązuje. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy musi być uskutecznione na piśmie, ale bez potrzeby zachowania jakiejkolwiek formy specjalnej i staje się skutecznym

z chwilą dojścia do strony drugiej (§ 13 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia). Niemiecka ustawa i polskie przepisy tymczasowe przepisu takiego nie zawierają, ale warunek umowny obowiązuje zgodnie z art. 55 K. Z., w myśl którego strony, zawierające umowę, mogą stosunek swój ułożyć według swego uznania, byleby treść i cel umowy nie sprzeciwiały się porządkowi publicznemu, ustawie, ani dobrym obyczajom.

W danym wypadku *Sąd Najwyższy w orzeczeniu swym III, 1, Rw. 2335/32,* ogłoszonym w roczniku P. U. K. U., rok 1934, Tom I, str. 162, przyszedł do wniosku, że strona ma prawo zawsze zgodzić się na rozwiązanie umowy zawartej, jeśli druga strona zaproponuje jej to.

Okoliczności sprawy były następujące:

Ubezpieczający złożył zakładowi ubezpieczeń wniosek na ubezpieczenie zbiorów od gradobicia w maju, składając równocześnie weksle na pokrycie składki. Zakład ubezpieczeń wysłał ubezpieczającemu polisę, a następnie dopiero zażądał wpłaty zaliczki gotówką w wysokości 20% składki. Gdy ubezpieczający nie zastosował się do tego wezwania, zakład ubezpieczeń listem z dnia 3 lipca zawiadomił ubezpieczającego, że pokrycie wekslowe przyjęte zostało tylko warunkowo i prosi o bezzwłoczne przekazanie zaliczki gotówkowej, w przeciwnym bowiem razie nie mógłby nadal utrzymać ubezpieczenia w mocy.

Ubezpieczający zaliczki tej nie złożył i oświadczył listem z 8 lipca, że wobec ogólnego kryzysu gospodarczego nie jest w możności przed zbiorem wpłacić żądanej kwoty i jeżeli powódka nie będzie mogła odstąpić od tego warunku, to pozwany będzie zmuszony zniżyć wysokość ubezpieczenia do 1/3 ogólnej sumy.

Na list ten zakład ubezpieczeń żadnej odpowiedzi ubezpieczającemu nie przesłał.

W tych warunkach Sąd Najwyższy uznał, że chociażby nawet umowa przyszła pierwotnie bezwarunkowo do skutku, gdyż zakład ubezpieczeń przyjął bez piśmiennych zarzutów weksle i wydał ubezpieczającemu polisę ubezpieczeniową, a treść listu z 3 lipca, zawierająca oświadczenie o rozwiązaniu umowy na wypadek, jeżeli ubezpieczający nie nadeśle natychmiast zaliczki, nie była zgodna z zawartą już umową, to z faktu tego wynikałoby jedynie, że ubezpieczający nie miał obowiązku zgodzenia się na rozwiązanie umowy. Żaden jednak przepis ustawowy nie odbiera mu prawa zgodzenia się na zaproponowane mu przez towarzystwo ubezpieczeń rozwiązanie umowy, jeżeli to jego stosunkom odpowiada. List pozwanego z 8 lipca jest według swej treści wyrazem zgody ubezpieczającego na rozwiązanie umowy pierwotnej. Oferty zaś ubezpieczającego, objętej tym listem, w sprawie zawarcia umowy ubezpieczenia na jedną trzecią część pierwotnej sumy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie przyjął w sposób określony § 6 ogólnych warunków ubezpieczeń ziemiopłodów od gradobicia tj. w formie piśmiennej. Pierwotna umowa ubezpieczenia, chociażby nawet ważnie była zawarta, została następnie wskutek listu zakładu ubezpieczeń z dn. 3 lipca za zgodą ubezpieczającego, wyrażoną w liście z 8 lipca, zatem nie na zasadzie tylko jednostronnego oświadczenia zakładu ubezpieczeń, rozwiązana. Wobec rozwiązania owej w formie rzeczonym § 6 warunków ogólnych przewidzianej, są wszelkie rokowania późniejsze z zakładem ubezpieczeń bez znaczenia, gdyż nie doprowadziły one do jakiegokolwiek oświadczenia zakładu ubezpieczeń.

4. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU.

Właściwość sądów w sprawach, wynikających z umowy ubezpieczenia nie jest dotychczas ujednostajniona mimo wprowadzenia w życie z dniem 1 stycznia 1933 roku Kodeksu Postępowania Cywilnego, obowiązującego na całym terenie Państwa Polskiego. Wprowadzenie w życie tego kodeksu ujednostajniło przepisy postępowania cywilnego, jednak nie mogło usunąć różnic przepisów, jakie obowiązywały i obowiązują dotychczas w dziedzinie przepisów dotyczących umów ubezpieczenia, w których spotykamy normy i w kwestii właściwości sądów w sprawach, powstałych na tle ubezpieczenia. W ten sposób pomimo ujednostajnienia prawa ogólnego kwestia właściwości sądów nie mogła się dotychczas ujednostajnić. Przepisy wprowadzające Kodeks Postępowania Cywilnego w artykule XXVII stanowią, że pozostają w mocy zawarte w ustawach i przepisach szczególnych postanowienia o właściwości sądów, w postępowaniu, jako też i w sądach polubownych, a zwłaszcza §§ 11, 12, 22, 58, ust. 2 i § 167 p. 3 i 4 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia, dotyczącej sądu polubownego i właściwości sądu, zaś w art. XXXIII stanowią, że pozostają w mocy tego rodzaju przepisy §§ 48 i 64 niemieckiej ustawy o umowie ubezpieczenia.

A) W zaborze rosyjskim żadnych specjalnych przepisów o właściwości sądów w sprawach ubezpieczenia nie mieliśmy.

Pewne ujednostajnienie przepisów, związanych z właściwością sądu wprowadziły przepisy o kontroli ubezpieczeń, które w art. 22 stanowią, że ogólne warunki ubezpieczenia mają zawierać postanowienia, że niezależnie od ogólnej właściwości sądu do rozpatrywania spraw, wytoczonych zakładowi ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej za pośrednictwem ajenta, właściwy będzie sąd, w którego okręgu ajent ten miał w czasie zawierania umowy swe miejsce zamieszkania lub siedzibę.

Przepis ten nie opatrzony został żadną sankcją i będzie można mówić o bezwarunkowym jego znaczeniu tylko wówczas, gdy zostanie, zgodnie ze swoim brzmieniem, wprowadzony do ogólnych warunków ubezpieczeń zakładów ubezpieczeń. Obecnie, jak to widzimy z wyroku powołanego w zeszycie 4/5 roku 1936 Przeglądu Ubezpieczeniowego, Sąd Najwyższy wypowiedział się, zresztą z pogwałceniem art. 52 K. P. C., że art. 22 obowiązuje niezależnie od tego, że przepis zawarty w nim nie został wprowadzony do ogólnych warunków ubezpieczeń.

Drugi przepis w dziedzinie właściwości sądów, wprowadzony przez powyższe przepisy — to art. 70 p. 4, głoszący, że skargi przeciwko zagranicznemu zakładowi ubezpieczeń mogą być wnoszone do sądu, w którego okręgu znajduje się lub w chwili zawierania umowy znajdowała się siedziba głównego przedstawicielstwa tego zakładu, przy czym wszelkie przeciwne temu przepisowi postanowienia umowne są nieważne.

W myśl powołanych przepisów ustawy austriackiej umowa co do poddania orzeczeniu sądu polubownego sporów z umowy ubezpieczenia z wyjątkiem oznaczenia wysokości świadczenia, należnego do zakładu ubezpieczeń, jest niedopuszczalna (§§ 11, 58 ust. 2, 167 p. 3).

Skargi przeciwko ubezpieczającemu ze stosunku ubezpieczenia należy wnosić do sądu, który jest jego sądem właściwym, lub też do sądu właściwego dla okręgu, w którym położone są przedsiębiorstwo ubezpieczającego

lub jego majątek ziemski, a to w tych wypadkach, gdy ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia w zakresie swego przedsiębiorstwa przemysłowego lub rolniczego lub też tego rodzaju umowa zawarta została między stronami. Właściwość innych sądów jest wykluczona. Natomiast dla skarg ze stosunku ubezpieczenia przeciwko zakładowi ubezpieczeń właściwym jest również sąd, w którego okręgu znajduje się oddział zakładu, który zawarł umowę ubezpieczenia (§§ 12, 167 p. 4). Przepisy tych paragrafów nie mogą być przez umowę zmienione (§ 22).

Przepisy ustawy niemieckiej zawierają dwie normy w tej dziedzinie:

a) § 48 głosi, że dla rozpoznania sporów, wynikających ze stosunków ubezpieczenia przeciwko zakładowi ubezpieczeń, jeżeli umowa była zawarta przez ajenta lub za jego pośrednictwem, właściwy będzie sąd tej miejscowości, w której ajent w czasie pośredniczenia lub zawierania umowy miał swoje biuro lub miejsce zamieszkania, o ile biura swego nie posiadał i

b) § 64 głosi, że właściwym do zamianowania biegłych w celu ustalenia wysokości szkody, powołanie których konieczne jest zgodnie z umową ubezpieczenia, jest sąd, w którego okręgu szkoda wynikła.

Poza tymi przepisami w każdym zaborze istniały inne przepisy warunków ogólnych ubezpieczeń, które ponadto budziły wątpliwości co do swej ważności. Przeciwnicy ważności tych przepisów wychodzili z założenia, że umowa o prorogatio fori musi być wyraźnie zawarta, co nie może mieć miejsca drogą podpisania wniosku ubezpieczeniowego, który jedynie powołuje się na ogólne warunki ubezpieczeń, ale warunki te do wniosku nie zawsze są dołączane ani nie są przez ubezpieczającego podpisane. Argument ten nie jest słuszny. Skoro ubezpieczający podpisał wniosek, w którym jest powołanie się na ogólne warunki ubezpieczeń i oświadczenie, że warunki te są mu znane, to należy dojść do wniosku, że ubezpieczający rzeczywiście otrzymał egzemplarz ogólnych warunków lub nie interesują go w ogóle te warunki. I w jednym i w drugim wypadku nie ma najmniejszej racji bytu teoria obrony interesów ubezpieczającego, skoro on sam o te swoje interesy nie zamierza dbać. Ponadto warunki ogólne zatwierdzone są przez władze nadzorcze, skoro więc władze te wymagają, aby ubezpieczający przy podpisaniu wniosku otrzymał egzemplarz tych warunków za pokwitowaniem oraz aby warunki te były wydrukowane na polisach lub trwale z nimi złączone, to niewątpliwie sądy będą musiały wreszcie przyjść do jedynego słusznego wniosku, że warunki ogólne ubezpieczeń są tym, na co wskazuje ich nazwa — warunkami zawieranej umowy ubezpieczenia.

Jeślibyśmy chcieli posunąć tak daleko obronę interesów ubezpieczających, że twierdzilibyśmy, że pokwitowanie z odbioru ogólnych warunków ubezpieczeń nie jest równoznaczne z oświadczeniem, że warunki te ubezpieczający przyjmuje, to w konsekwencji podpisanie nawet umowy przez obie strony (jak to jest zwyczajem we Francji) również mogłoby być uznane za nie wystarczające, bowiem można zarzucić, że ubezpieczający, mając tak znaczną ilość warunków, nie jest w możności przeczytać ich i zrozumieć. We wszystkich krajach rządzących się prawodawstwem ubezpieczeniowym typu germańskiego umowa ubezpieczenia nie jest podpisywana przez obie strony, a pomimo to warunki ogólne ubezpieczeń

uznane są, przy zachowaniu odpowiednich przepisów co do doręczenia tych warunków ubezpieczającemu, za warunki umowy. Dlatego też i przepisy warunków ogólnych o prorogatio fori powinny być uznane za ważne, bo nie można jednych warunków traktować jako obowiązujące strony, zawierające umowę, a innych jako je nie obowiązujące. Jeśli prawodawca zezwala stronom na zmianę właściwości sądu przez zawarcie umowy, to nie ma najmniejszej racji wyprowadzanie wniosków, że musi być w tym celu zawarta specjalna umowa między stronami. Najzupełniej przepisowi temu będzie odpowiadać wstawienie odpowiednich warunków do umowy głównej, w danym wypadku do umowy ubezpieczenia i taki sposób zadośćuczynienia wymaganiom ustawy, jeśli konieczne jest zawarcie umowy, powszechnie jest uznany przez komentatorów prawa i orzecznictwo sądowe. W tym też kierunku idzie interpretacja obowiązującego obecnie art. 52 K. P. C. przez naszych komentatorów tego Kodeksu, jak to niżej wyjaśnimy.

B) Obowiązujące obecnie przepisy Kodeksu Postępowania Cywilnego, jako podstawowe, są następujące:

a) Właściwość rzeczowa.

Spory ze stosunku ubezpieczenia należą do właściwości sądów okręgowych (wydziałów handlowych tam, gdzie są one utworzone) wszystkie, z wyjątkiem jedynie sporów o wartości poniżej 1000 złotych o składkę ubezpieczeniową, które należą do właściwości sądów grodzkich (art. 13 § 2, p. 6 i art. 14 § 1 K. P. C.).

b) Właściwość miejscowa:

a) sprawy przeciwko ubezpieczającym podlegają właściwości sądów okręgu ich zamieszkania (art. 24 § 1 K. P. C.), jeżeli zaś ubezpieczający ma zamieszkanie w kilku miejscach, wybór miejsca zależy od uznania pozywającego (art. 24 § 2 K. P. C.), o ile zaś ubezpieczającym jest spółka handlowa, stowarzyszenie, gwarectwo, zakład, związek komunalny, kościół, fundacja lub inna osoba prawna, powództwo winno być wytoczone według miejsca ich siedziby lub miejscowości, w której znajduje się zarząd (§ 31 K. P. C.). Poza tymi przepisami ogólnymi Kodeks pozwala na wytoczenie sprawy przeciwko ubezpieczającemu i w miejscu wykonania umowy (art. 35 § 1 K. P. C.), co należy stwierdzić dokumentem, dołączonym do pozwu (art. 35 § 2 K. P. C.);

b) sprawy przeciwko zakładowi ubezpieczeń mogą być wytaczane w miejscu siedziby centrali zakładu ubezpieczeń (art. 31 K. P. C.);

c) właściwość umowna.

Strony mogą umówić się na piśmie o poddanie sądowi pierwszej instancji, który według ustawy nie jest właściwy, sporu już wynikłego lub sporów, w przyszłości wyniknąć mogących z oznaczonego stosunku prawnego. Sąd ten będzie wówczas wyłącznie właściwy, jeżeli strony nie postanowiły inaczej. Dokument, stwierdzający umowę o właściwość, należy dołączyć do pozwu (art. 52 § 1 K. P. C.). A zatem jako warunki poddania rozpatrzenia sprawy orzecznictwu sądu niewłaściwego prawodawca nasz stawia:

a) zawarcie umowy na piśmie,

b) zawarcie takiego układu przed wniesieniem sprawy do I-ej instancji, a zatem umowa nie będzie ważna, jeżeli tyczyć się będzie sprawy już wytoczonej według właściwości ogólnej,

c) umowa taka może tyczyć się tylko oznaczonego stosunku prawnego, w danym wypadku stosunku z umowy ubezpieczenia,

d) dołączenie oryginału lub odpisu umowy co do właściwości sądu, lub umowy, w której odpowiednia klauzula o właściwości sądu jest zamieszczona.

Jednakowoż stronom nie wolno jest zmienić właściwości wyłącznej lub właściwości rzeczowej, z wyjątkiem poddania sądowi grodzkiemu spraw, które ze względu na wartość przedmiotu sporu należą do sądu okręgowego (art. 52 § 2 K. P. C.). Nieważna byłaby więc umowa poddania sądowi grodzkiemu rozpatrzenia sprawy o to, czy należy się odszkodowanie. W ogóle wszelkie sprawy ze stosunku ubezpieczenia, z wyjątkiem spraw o składkę, nie mogą podlegać sądowi grodzkiemu nawet na mocy umowy stron.

Jeżeli chodzi o formę zawarcia umowy o prorogatio fori, to forma ta nie jest w K. P. C. przewidziana z wyjątkiem przepisu, że umowa taka musi być stwierdzona dokumentem. Zgodnie z interpretacją tego przepisu przez naszych komentatorów (Allerhand, Fenichel) podpisy stron nie muszą być umieszczone na jednym dokumencie, a jest zupełnie wystarczającym, gdy dokument przeznaczony dla strony zostanie podpisany przez drugą stronę i vice versa. Interpretacja ta jest zupełnie słuszna, jeżeli zważymy, że w myśl art. 50 Kodeksu Zobowiązań umowa dochodzi do skutku (powstaje) przez zgodne oświadczenie woli dwóch stron, zaś oświadczenie woli w myśl art. 29 i 30 tegoż kodeksu może być uskutecznione w sposób dowolny i jest dokonalne z chwilą, gdy doszło do drugiej osoby w taki sposób, że mogła o nim powziąć wiadomości. Niewątpliwie wzajemna wymiana dokumentów — w stosunkach ubezpieczeniowych wniosku ubezpieczeniowego i polisy ubezpieczeniowej, ewentualnie dokumentu zastępczego — stanowi zgodnie z cytowanymi przepisami najzupełniej formalne zawarcie umowy. W ten sposób upadają zastrzeżenia wysuwane przez komentatorów przepisów, obowiązujących w tej dziedzinie przed wprowadzeniem w życie K. P. C. i K. Z.

Niesłusznie zupełnie niektórzy z dawnych komentatorów starali się zmniejszyć zakres stosowania umów o prorogatio fori. Instytucja ta jest bardzo stara, bo sięga jeszcze prawa rzymskiego. Obecnie prawodawstwo i teoria prawa idą jak najdalej w kierunku uznania swobody umów, zawieranych między stronami, i dlatego wszelki zakaz musi zupełnie wyraźnie wynikać z przepisów ustawowych, a nie z domniemywań.

C) Orzecznictwo sądów naszych w tej dziedzinie nie jest obszerne.

W „Przeglądzie Ubezpieczeniowym" podaliśmy już kilka orzeczeń, a mianowicie:

a) w zeszycie 6 z roku 1933, orzeczenie Sądu Okręgowego w Warszawie, ustalające, co należy rozumieć pod słowem „premia",

b) identyczne orzeczenie tegoż sądu (VI. 1. Cz. 153/36) z dnia 4 lipca 1936 roku ogłoszone zostało w Orzecznictwie Sądów Polskich, tom XV, nr 679, w którym sąd ustala, że słowo „premia" oznacza składkę ubezpieczeniową i dlatego sprawy o zaległe „premie" podlegają właściwości sądów grodzkich,

c) w zeszycie 2/3 z roku 1936 podaliśmy dwa orzeczenia Sądu Najwyższego w kwestii właściwości w sprawach o odszkodowanie przeciwko Państwowemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych,

d) wreszcie w zeszycie 4/5 z roku 1936 — orzeczenie Sądu Najwyższego ustalające zasadę, iż przy istnieniu art. 22 prawa o kontroli ubezpieczeń umowa o prorogatio fori jest nieważną.

Prócz tych orzeczeń mamy do zanotowania jeszcze następujące orzeczenia w tej dziedzinie:

e) w roku 1927, a więc jeszcze przed wprowadzeniem przepisów o kontroli ubezpieczeń, zapadło *orzeczenie Sądu Najwyższego* pełnego kompletu *III. R. 571/26,* ogłoszone w Orzecznictwie Sądów Polskich, tom VI, nr 269, w którym sąd przyszedł do wniosku, że nie może być mowy o zawarciu umowy o poddanie sprawy pod rozstrzygnięcie sądowi innemu, a nie właściwemu, bowiem okoliczność, że warunki ubezpieczenia, wydrukowane w polisie ubezpieczeniowej, zawierają ostrzeżenie, iż wszelkie powództwa do zakładu ubezpieczeń wytaczają się w siedzibie zakładu dyrekcji ubezpieczeń, nie powoduje umownej właściwości sądu, umowa taka bowiem winna być (w myśl wówczas obowiązujących na terenie zaboru austriackiego przepisów proceduralnych — § 104 nr. jur.) udowodniona sądowi dokumentem. Za dokument w rozumieniu tego przepisu nie można uważać ani wniosku o ubezpieczenie, zaopatrzonego w podpisy stron, ani polisy, albowiem wniosek zawiera tylko odwołanie na niedołączone do niego warunki ogólne ubezpieczeń, a polisa nie zawiera podpisu strony ubezpieczającej się. Jako dokument o umowie stron o właściwość sądu mógłby służyć wniosek o ubezpieczenie tylko wówczas, gdyby w samym tym wniosku było zawarte postanowienie podpisane przez ubezpieczającego się o poddaniu się przezeń miejscowej właściwości sądu — warunki zaś ogólne tylko wówczas, gdyby były podpisane przez ubezpieczającego się. W braku dokumentu odpowiadającego tym wymaganiom nie można przyjąć, by między stronami przyszła do skutku umowa o właściwości sądu, która by wyłączała inne sądy miejscowo właściwe według zasad ogólnych.

Obecnie przy istnieniu przepisu art. 52 K. P. C. zastrzeżenia te, wysunięte przez Sąd Najwyższy nie będą miały znaczenia, jako sprzeczne z duchem tego kodeksu oraz z art. 50 Kodeksu Zobowiązań, jak to zaznaczyliśmy wyżej.

W tymże orzeczeniu sąd rozpatrzył i zupełnie trafnie rozstrzygnął inną jeszcze kwestię, a mianowicie tyczącą się zastosowania § 12 p. 5 austriackiej ustawy o umowie ubezpieczenia.

Według § 12 cz. 5 powyższej ustawy skargi z umowy ubezpieczenia mogą być wnoszone przeciwko zakładowi ubezpieczeń także w sądzie, w którego okręgu znajduje się oddział, który zawarł umowę ubezpieczenia. Właściwość ta sądu zależy zatem od dwóch przesłanek: 1) aby oddział był uprawniony do zawierania umów ubezpieczenia (§ 44 rzeczonej ustawy o umowie ubezpieczenia), 2) aby zawarł umowę, będącą podkładem sporu. Co do zakresu uprawnień oddziału strony pozwanej sąd ustalił, że oddział był uprawniony do przyjmowania wniosków o ubezpieczenie i składek asekuracyjnych. Ustalenie to jest zgodne z twierdzeniem stron. W wyjaśnieniach tych nie można się dopatrzyć ani twierdzenia powoda, ani uznania strony pozwanej, by oddział pozwanego towarzystwa był uprawniony do zawierania umów ubezpieczenia. Samo przyjmowanie wniosków jest tylko czynnością ajenta pośredniczącego (§ 43 l. 1 ustawy o umowie ubezpieczenia), przyjmowanie zaś składek jest czynnością, którą zakład ubezpieczeniowy może powierzyć komukolwiek, nie

wystarcza zatem do przyjęcia, by nadawało ono oddziałowi charakter oddziału uprawnionego do zawierania umów ubezpieczenia. Rekurs rewizyjny wspomina wprawdzie, że oddział lwowski strony pozwanej zawiera sam interesy, a także inkasuje składki asekuracyjne, przyjmuje wnioski o ubezpieczenie, oraz zgłoszenia wypadków śmierci, rekurs nie wyłuszcza jednak przy tym, o zawieranie jakich interesów chodzi: czy o interesy potrzebne do prowadzenia oddziału (zakupy potrzeb rzeczowych, umowy o pracę itp.), czy też o samodzielne zawieranie umów ubezpieczenia. Również dalsze ogólne twierdzenia rekursu rewizyjnego, że oddział załatwiał też wszelkie wnioski z umowy niniejszej oraz żądanie wypłaty sumy ubezpieczenia, nie wykazują, by umowa sporna została zawarta przez ten oddział, by zatem istniała przesłanka właściwości sądu z § 12 cz. 5 ustawy o umowie ubezpieczenia. Przeciwnie, sąd ustalił zgodnie z brzmieniem przedstawionej w sporze polisy ubezpieczeniowej, że umowa została zawarta przez zakład główny towarzystwa. Z tych przyczyn sąd trafnie uznał, że przepis § 12 cz. 5 ustawy o umowie ubezpieczenia nie uzasadnia miejscowej właściwości sądu lwowskiego.

f) W orzeczeniu ogłoszonym w roczniku P. U. K. U. za rok 1934, tom I, str. 163 *nr V. C. 89/28, Sąd Najwyższy* interpretuje ogólne warunki ubezpieczeń co do właściwości sądu i wbrew orzeczeniu, przytoczonemu powyżej, uznaje warunki te za obowiązujące i w kwestii właściwości sądu.

Okoliczności sprawy były następujące:

Zakład ubezpieczeń z siedzibą w P. wytoczył w Sądzie Okręgowym w P. powództwo przeciw pozwanemu zamieszkałemu i posiadającemu majątek ziemski w okręgu Sądu w W. o składkę ubezpieczeniową.

Polisa ubezpieczeniowa była wystawiona w W.

Pozwany w rozprawie zarzucił niewłaściwość sądu, powołując się na przepis § 28 ust. 1 ogólnych warunków ubezpieczeń, zgodnie z którym, jego zdaniem, właściwy był sąd w W. (§ 28 ust. 1 „wszelkie sprawy sądowe przeciw Towarzystwu, jakie mogą powstać z umowy o ubezpieczenie, podlegają rozpoznaniu odnośnych sądów w miejscu wystawienia polisy").

Powód, powołując się na przepis § 28 ust. 2 ogólnych warunków, podniósł, iż właściwym jest sąd w P. (§ 28 ust. 2: „Sprawy sądowe przeciwko ubezpieczającemu mogą być wytaczane również w sądzie tego okręgu sądowego, w którym znajduje się miejsce zamieszkania ubezpieczającego, wzgl., w którym znajduje się ubezpieczony obiekt").

Sąd Okręgowy uznał się za właściwy, wychodząc z założenia, iż pozwanego można było pozwać w myśl warunków albo przed sąd, „zamieszkania powoda", albo przed sąd, w którego okręgu pozwany ma swoje majątki, wobec czego powód mógł dokonać wyboru sądu.

Pozwany przeciw temu wyrokowi odwołał się do Sądu Apelacyjnego, który apelację uwzględnił, uznając za właściwy sąd w W., a to z następujących powodów:

Z postanowień § 28 ust. 1 i 2 ogólnych warunków wynika, że skarga powodowego zakładu przeciw pozwanemu, jako ubezpieczającemu może być wytoczona albo przed Sądem wystawienia polisy, tj. Sądem w W., albo przed Sądem zamieszkania pozwanego, tj. w każdym razie Sądem położonym w okręgu Sądu w W., albo wreszcie przed Sądem, w którego okręgu znajdują się ubezpieczone obiekty. Niespornym jest, że folwarki, których

ziemiopłody zostały ubezpieczone, położone są w okręgu sądu w W., że pozwany mieszka także w tymże okręgu i że polisy zostały wystawione w W., wobec czego Sąd Okręgowy w P. jest w każdym razie niewłaściwym.

Na skutek skargi rewizyjnej zakładu ubezpieczeń, Sąd Najwyższy wyrok Sądu Apelacyjnego uchylił, uznając właściwość Sądu Okręgowego w P., przy czym wyszedł z następujących założeń:

Poglądu prawnego wyrażonego przez Sąd Apelacyjny podzielić nie można. Umowa stron z § 28 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczeń nie stwarza faktycznego domniemania na wykluczenie podsądności uzasadnionej w przepisach ustawowych, gdyż do przyjęcia takiego wykluczenia konieczny jest obustronny odpowiedni wyraz woli, że umówiony Sąd ma być wyłącznie właściwym; takiego wyrazu jednak w obecnym wypadku brak. Ani pierwszy, ani drugi ustęp § 28 warunków ubezpieczeń nie wskazują na to, by zakład ubezpieczeń chciał pozbyć się swojej ustawowej podsądności i ścieśnić swoje prawa tak, iżby w zastosowanie przychodziła jedynie i wyłącznie podsądność wyrażona w § 28 warunków ubezpieczeń. Wręcz przeciwnie, wyraz „również” wskazuje na to, że zakład ubezpieczeń chciał rozszerzyć podsądność ustawową, a nie ją ścieśniać. Prócz podsądności, jaką mu przyznaje ustawa, umówił ponadto, że „również” i w innych sądach może ubezpieczającego skarżyć. Nie można więc przyjąć, by powód wykluczył możliwość korzystania z podsądności ustawowej, słusznie więc wniósł skargę w sądzie w P., który jest w tej sprawie właściwy.

Orzeczenie to, słuszne w swej konkluzji, może jednak budzić pewne zastrzeżenia. Chodzi o to, że słowo „również”, użyte w § 28 p. 2 warunków ogólnych można również interpretować w ten sposób, że właściwym sądem do spraw przeciwko ubezpieczającemu jest sąd wymieniony w p. 1 tego paragrafu i sądy, wskazane w p. 2, Sąd Najwyższy zaś wyszedł z założenia, że słowo to ma oznaczać, że prócz podsądności ustawowej zakład ubezpieczeń korzystać może z właściwości p. 2.

W. Kolisko.

STATUT
Związku Zakładów Ubezpieczeń w Polsce.

Nazwa Związku.

§ 1.

Związek nosi nazwę: „Związek Zakładów Ubezpieczeń w Polsce”.

Siedziba Związku.

§ 2.

Siedzibą Związku jest m. st. Warszawa. Działalność Związku rozciąga się na cały obszar Rzeczypospolitej.

Cele Związku.

§ 3.

Związek ma następujące cele:

1. Zastępstwo i obronę wspólnych interesów działających legalnie w Polsce zakładów ubezpieczeń zrzeszonych w Związku oraz popieranie działalności ubezpieczeniowej i rozwoju ubezpieczeń w Polsce,
2. współdziałanie na polu ustawodawstwa ubezpieczeniowego oraz administracji publicznej w sprawach ubezpieczeniowych w Polsce,
3. pielęgnowanie nauki ubezpieczeniowej i popieranie praktycznego wykształcenia w dziedzinie ubezpieczeń,
4. szerzenie idei ubezpieczeniowej w Polsce,
5. tworzenie i prowadzenie na zasadzie dobrowolnego przystępowania członków: wspólnej statystyki, inspekcji technicznej, biur inkasowych itp.

Wykluczone z zadań Związku są sprawy, dotyczące współzawodnictwa zakładów ubezpieczeń.

Środki działania Związku.

§ 4.

Do osiągnięcia powyższych celów Związku służą następujące środki działania, z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa:

1. wnoszenie podań do Sejmu i władz państwowych,
2. opracowywanie i przedstawianie władzom projektów ustaw i rozporządzeń w sprawach ubezpieczeniowych lub opinii o takich projektach i branie udziału w obradach lub ankietach, dotyczących spraw ubezpieczeniowych,

3. opracowywanie wzorowych warunków ubezpieczeń oraz wzorowych formularzy dla poszczególnych działów ubezpieczeń,
4. wydawanie pism, utrzymywanie biblioteki fachowej i ogłaszanie periodycznych sprawozdań,
5. urządzanie odczytów oraz kursów teoretycznych i praktycznych dla rozpowszechniania wiedzy ubezpieczeniowej, jak ułatwianie w inny sposób teoretycznego i praktycznego wykształcenia w dziedzinie ubezpieczeń, wreszcie tworzenie związków dla popierania wiedzy ubezpieczeniowej,
6. ustalanie regulaminów dla wspólnych urządzeń, przewidzianych w p. 5 § 3,
7. współdziałanie ze wszelkimi innymi organizacjami działających w Polsce zakładów ubezpieczeń.

Członkowie Związku.

§ 5.

Członkiem Związku może zostać każdy działający legalnie w Polsce zakład ubezpieczeń, który zgłosi w Zarządzie Związku na piśmie chęć przystąpienia, oświadczy na piśmie, iż się poddaje statutowi Związku i będzie przez Ogólne Zgromadzenie członków Związku na wniosek Zarządu na członka przyjęty.

Jednocześnie zakład, przystępujący do Związku winien w formie zobowiązania złożyć na piśmie oświadczenie, do jakich urządzeń dobrowolnych (§ 3 p. 5) przystępuje. Oświadczenie takie będzie obowiązywało zakład do przestrzegania regulaminów tych urządzeń.

Członkowie Związku obowiązani są w ciągu miesiąca stycznia każdego roku wnosić do kasy Związku składkę członkowską w wysokości 100 (stu) złotych polskich.

Przewyżka wydatków ponad sumę składek winna być uiszczana przez członków stosownie do przepisów § 8 p. 5 i § 21 statutu.

Członek Związku może każdej chwili z niego wystąpić przez zgłoszenie wystąpienia na piśmie w Zarządzie Związku.

Nadto może być członek uchwałą Ogólnego Zgromadzenia ze Związku wykluczony.

Członek występujący lub wykluczony obowiązany jest do uiszczenia swego udziału w wydatkach bieżących roku kalendarzowego, w którym wystąpienie lub wykluczenie nastąpiło oraz w tych wydatkach w czasie późniejszym, co do których Związek zaciągnął zobowiązania w czasie należenia danego członka do Związku.

Władze Związku.

§ 6.

Władzami Związku są:

1. Ogólne Zgromadzenie członków Związku.
2. Zarząd Związku.
3. Prezes Związku.
4. Komisja Rewizyjna.

Ogólne Zgromadzenie.

§ 7.

Ogólne Zgromadzenie członków Związku składa się z przedstawicieli zakładów ubezpieczeń, należących do Związku, lub ich zastępców.

Każdy zakład ubezpieczeń, należący do Związku, winien ustanowić stałego przedstawiciela w Związku i tegoż stałego zastępcę.

Przedstawicielami zakładów ubezpieczeń w Związku i ich zastępcami mogą być członkowie Rad Nadzorczych lub członkowie Zarządów, jak również dyrektorowie i ich zastępcy krajowych zakładów ubezpieczeń oraz główni przedstawiciele lub ich zastępcy oraz dyrektorowie i ich zastępcy zagranicznych zakładów ubezpieczeń.

Zastępcy przedstawicieli zakładów ubezpieczeń w Związku mają prawo uczestniczenia w zebraniach ogólnych Związku, lecz prawo głosowania przysługuje im tylko w razie nieobecności przedstawiciela.

Każdemu zakładowi ubezpieczeń służy każdej chwili prawo zmiany osoby swego przedstawiciela w Związku i jego zastępcy.

Zakres działania Ogólnego Zgromadzenia.

§ 8.

Ogólne Zgromadzenie jest naczelną władzą Związku.

Do zakresu działania Ogólnego Zgromadzenia należą w szczególności następujące sprawy:

1. wybór Prezesa Związku i Wiceprezesa,
2. wybór członków Zarządu Związku (§ 12),
3. wybór członków Komisji Rewizyjnej (§ 17),
4. uchwalanie rocznego preliminarza wydatków,
5. uchwalanie sposobu pokrycia i rozdziału wydatków między członków Związku,
6. przyjmowanie rocznych sprawozdań Zarządu i uchwalanie dla nich absolutorium,
7. zmiany statutu Związku,
8. przyjmowanie nowych członków i wykluczanie członków ze Związku,
9. uchwały w sprawach przedstawionych przez Zarząd Związku do decyzji Ogólnego Zgromadzenia lub przez członków Związku w myśl § 10,
10. rozwiązanie Związku i postanowienie o przeznaczeniu majątku w razie likwidacji.

Zwoływanie Ogólnego Zgromadzenia.

§ 9.

Ogólne Zgromadzenie członków Związku zwołuje Prezes Związku pisemnymi zaproszeniami przy dołączeniu porządku obrad. Zaproszenia winny być doręczone członkom na dwa tygodnie przed terminem Ogólnego Zgromadzenia. Zwyczajne Ogólne Zgromadzenia odbywają się corocznie najpóźniej w marcu każdego roku.

Nadzwyczajne Ogólne Zgromadzenia odbywają się w miarę potrzeby, a muszą być zwołane, jeżeli Zarząd Związku zwołanie Nadzwyczajnego Ogólnego Zgromadzenia uchwali lub trzecia część członków Związku zwołania Nadzwyczajnego Zgromadzenia pisemnie zażąda z przedstawieniem przedmiotów, mających być poddanymi pod uchwały Zgromadzenia.

Nadzwyczajne Ogólne Zgromadzenie, na żądanie Zarządu lub członków Związku Prezes Związku obowiązany jest zwołać najpóźniej w dni 7 od czasu otrzymania pisemnego wniosku.

Ogólne Zgromadzenia członków Związku odbywają się w Warszawie, Zarząd Związku może jednak uchwalić zwołanie Ogólnego Zgromadzenia do innego z miast Polski.

Porządek obrad Ogólnego Zgromadzenia członków Związku. Komplet potrzebny do uchwał.

§ 10.

Przedmiotem obrad i uchwał Ogólnego Zgromadzenia członków Związku mogą być tylko sprawy zamieszczone na porządku obrad. Każdemu członkowi Związku służy prawo zgłaszania wniosków samoistnych, a wnioski takie muszą być zamieszczone na porządku obrad, jeżeli zgłoszone zostały przynajmniej na 7 dni przed Ogólnym Zgromadzeniem.

Wnioski nagłe przedstawiane na Ogólnym Zgromadzeniu mogą być przedmiotem obrad i uchwał Ogólnego Zgromadzenia tylko w takim razie, jeżeli Zarząd Związku uzna ich nagłość jednomyślną uchwałą. W przeciwnym razie mogą być takie wnioski przedmiotem uchwał dopiero na następnym Ogólnym Zgromadzeniu.

Ogólne Zgromadzenie jest zdolne do uchwał, jeżeli przynajmniej połowa członków Związku będzie na nim reprezentowana. Każdy należący do Związku zakład ubezpieczeń może dać się zastąpić na Ogólnym Zgromadzeniu nie tylko przez swego stałego przedstawiciela lub jego zastępcę (§ 7), lecz także przez przedstawiciela lub zastępcę przedstawiciela innego zakładu, którego do tego na piśmie upoważni.

Żaden przedstawiciel lub zastępca przedstawiciela nie może jednak oprócz zakładu, którego jest stałym zastępcą (§ 7), zastępować więcej niż dwa inne zakłady ubezpieczeń.

W razie niedojścia do skutku Ogólnego Zgromadzenia z powodu braku quorum, ponowne Zgromadzenie winno być zwołane nie później, jak w 14 dni po terminie Ogólnego Zgromadzenia niedoszłego do skutku. Zebranie w drugim terminie jest ważne bez względu na liczbę obecnych.

Głosowanie.

§ 11.

Każdy zakład ubezpieczeń, należący do Związku ma na Ogólnym Zgromadzeniu jeden głos.

Uchwały na Ogólnych Zgromadzeniach członków Związku zapadają bezwzględną większością głosów członków zastąpionych na Zgromadzeniu, z wyjątkiem uchwał w przedmiocie pokrywania wydatków i rozdziału ich na członków, zmiany statutu lub rozwiązanie Związku (§ 8 ust. 5 i 10), do ważności których potrzeba trzech czwartych głosów członków zastąpionych na Ogólnym Zgromadzeniu. Wybory odbywają się zapomocą kartek, a rozstrzyga przy nich bezwzględna większość głosów obliczonych w sposób podany wyżej. W razie równości głosów rozstrzyga los między osobami, które równą ilość głosów otrzymały.

Zarząd Związku.

§ 12.

Zarząd Związku składa się z Prezesa i Wiceprezesa oraz pięciu członków wybieranych na rok.

Do zakresu działania Zarządu należą następujące sprawy:

1) przygotowywanie spraw i przedkładanie sprawozdań rocznych Ogólnemu Zgromadzeniu oraz wykonywanie uchwał tegoż,

2) przygotowywanie projektów ustawodawczych oraz opinii o projektach ustawodawczych lub administracyjnych w dziedzinie ubezpieczeniowej, jak również podań i przedstawień do władzy ustawodawczej i rządowej,

3) informowanie członków Związku o ważniejszych wydarzeniach, mogących mieć wpływ na działalność ubezpieczeniową oraz o ustawodawstwie i zarządzeniach władz w dziedzinie ubezpieczeniowej,

4) przyjmowanie i zwalnianie pracowników Związku oraz ustanawianie ich wynagrodzenia i przepisów służbowych,

5) prowadzenie rachunkowości zgodnie z przepisami prawa i przyjętymi zwyczajami,

6) załatwianie spraw zleconych przez Ogólne Zgromadzenie.

Dla przygotowania poszczególnych spraw może Zarząd Związku ustanawiać osobne Komisje i powoływać do nich znawców z poza grona członków Zarządu.

Osoby takie mogą brać z głosem doradczym udział w obradach Zarządu Związku, dotyczących spraw, którymi się zajmowała odnośna Komisja.

Posiedzenia Zarządu. Porządek obrad. Głosowanie.

§ 13.

Posiedzenia Zarządu zwołuje Prezes Związku w miarę potrzeby, pisemnymi zaproszeniami z dołączeniem porządku obrad, z własnej inicjatywy lub na żądanie przynajmniej dwóch członków Zarządu.

Do ważności uchwał potrzebna jest obecność trzech członków Zarządu oraz Przewodniczącego (Prezesa lub Wiceprezesa).

Członkom Zarządu, którzy nie mogą przybyć na posiedzenie, wolno odstąpić prawo swego głosu na piśmie innemu członkowi Zarządu.

Żaden członek nie może jednak mieć więcej niż dwa głosy łącznie z własnym.

Przedmiotem uchwał mogą być tylko sprawy, wymienione w porządku obrad posiedzenia.

Jednomyślną uchwałą obecnych członków może być załatwiona pilna sprawa niezamieszczona na porządku obrad, jednak uchwała taka wykonana być może dopiero po uzyskaniu na nią pisemnej zgody członków, którzy nie byli na posiedzeniu obecni.

Pilne sprawy mniejszej wagi mogą być załatwiane przez pisemne głosowanie członków Zarządu (circulando).

Uchwały zapadają bezwzględną większością głosów. W razie równości głosów uważa się wniosek za odrzucony.

Zamiejscowym członkom Zarządu przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości ustalonej przez Zarząd.

Moc obowiązująca uchwał Związku.

§ 14.

Uchwały Ogólnego Zgromadzenia i Zarządu Związku obowiązują wszystkich jego członków.

Uchwały jednak, dotyczące ujednostajnienia urządzeń zakładów ubezpieczeń, jak warunków ubezpieczeń itp. stanowią jedynie wskazówkę, która nie wiąże zakładów w samoistnym ustanawianiu tych urządzeń.

Również uchwały, dotyczące projektów ustawodawczych lub administracyjnych oraz opinii w sprawach ubezpieczeniowych, nie wiążą członków Związku, którzy się z nimi nie zgadzają. Członkom takim służy prawo wniesienia do odpowiednich władz odrębnych projektów lub opinii za uprzednim powiadomieniem o tym Zarządu Związku.

Protokóły posiedzeń.

§ 15.

Z obrad i uchwał Ogólnego Zgromadzenia i Zarządu Związku spisywane być mają protokóły, których odpisy po sprawdzeniu przez przewodniczącego rozesłane być winny członkom Związku, względnie członkom Zarządu najdalej w dni 14 po odbytym Ogólnym Zgromadzeniu względnie posiedzeniu Zarządu.

Prezes.

§ 16.

Prezes Związku przewodniczy na Ogólnych Zgromadzeniach i posiedzeniach Zarządu, zastępuje Związek wobec władz i osób trzecich oraz kieruje biurem Związku.

W razie przeszkody w urzędowaniu zastępuje Prezesa Związku Wiceprezes.

Komisja Rewizyjna.

§ 17.

Wybrana przez Ogólne Zgromadzenie na rok Komisja Rewizyjna w składzie conajmniej trzech członków i jednego zastępcy ma obowiązek sprawdzania ksiąg i rachunkowości Związku po dokonaniu rocznego zamknięcia i zdania Ogólnemu Zgromadzeniu sprawozdania o zarządzie funduszami Związku.

Na wypadek ustąpienia jednego z członków Komisji Rewizyjnej przed upływem kadencji, na jego miejsce wchodzi zastępca i pełni swoje obowiązki do najbliższego Ogólnego Zgromadzenia, które uzupełnia skład Komisji Rewizyjnej.

W razie ustąpienia dwóch członków Zarząd Związku obowiązany jest zwołać Nadzwyczajne Ogólne Zgromadzenie dla ich wyboru.

Biuro Związku. Kasowość.

§ 18.

Biuro Związku składa się z Dyrektora względnie Jeneralnego Sekretarza, a ewentualnie także innych przyjętych przez Zarząd pracowników i pozostaje pod kierownictwem Prezesa Związku.

Biuro Związku wykonuje uchwały Zarządu i załatwia wszystkie czynności bieżące.

Czynności kasowe załatwia wyznaczony do tego urzędnik Związku pod kierunkiem wybranego przez Zarząd członka Zarządu.

Prawo podpisu.

§ 19.

Korespondencję oraz dokumenty zawierające zobowiązania i memoriały oraz podania do władz państwowych i komunalnych w imieniu Związku podpisują łącznie: Prezes lub Wiceprezes z Dyrektorem względnie Jeneralnym Sekretarzem Związku.

Korespondencję zaś niezawierającą zabowiązań podpisują osoby te jednoosobowo.

Zarząd może jednak przyznać innym osobom prawo podpisu w zakresie wskazanym w uchwale.

Sprawozdanie Zarządu.

§ 20.

Zarząd obowiązany jest składać corocznie Ogólnemu Zgromadzeniu sprawozdania ze wszystkich swych czynności. Sprawozdania te winny być rozesłane wszystkim członkom Związku przed Ogólnym Zgromadzeniem.

Rozłożenie wydatków na członków Związku.

§ 21.

Rozłożenie wydatków na członków Związku następuje na zasadach uchwalonych przez Ogólne Zgromadzenie.

Uiszczenie kwot, jakie z rozłożenia wydatków na poszczególnych członków wypadną, nastąpić winno w ciągu miesiąca po wezwaniu o zapłatę. Zapłata udziału w wydatkach dochodzona być może na drodze sądowej.

Załatwianie sporów.

§ 22.

Spory wynikłe między członkami Związku ze stosunku związkowego lub między ich kierownikami wynikłe na tle zawodowym załatwia ostatecznie Sąd polubowny, składający się z trzech członków. Każda ze stron wybiera sędziego polubownego, obaj zaś sędziowie polubowni superarbitra.

Sędziowie polubowni i superarbiter winni być wybrani z pomiędzy osób wymienionych w ust. 2 § 7 a należących do zakładów ubezpieczeń, będących członkami Związku.

Gdyby co do wyboru superarbitra sędziowie polubowni nie mogli się zgodzić, osobę superarbitra wyznaczy losowanie między proponowanymi kandydatami. Orzeczenia Sądu polubownego są ostateczne.

Rozwiązanie Związku.

§ 23.

Rozwiązanie Związku uchwala Ogólne Zgromadzenie osobno w tym celu zwołane. W razie, gdyby mimo trzykrotnego zwołania zdolne do uchwał Ogólne Zgromadzenie nie zebrało się, uchwałę w tym przedmiocie poweźmie Zarząd.

W pierwszym przypadku Ogólne Zgromadzenie poweźmie uchwałę co do przeznaczenia majątku Związku i wybierze Komisję Likwidacyjną, której powzięcie takiej uchwały poruczy, w drugim zaś przypadku — uchwałę o przeznaczeniu majątku Związku na cele, będące w związku z działalnością ubezpieczeniową w Polsce, poweźmie Zarząd.

KRONIKA

WYNIKI DZIAŁALNOŚCI PRYWATNYCH ZAKŁADÓW UBEZPIECZEŃ ZA ROK 1937.

W zestawieniu poniższym podajemy zbiór składki i sumy szkód zgłoszonych za rok 1937. Dla celów porównawczych przytaczamy analogiczne dane za rok poprzedni tzn. 1936.

Zestawienie to obejmuje wyniki wszystkich prywatnych zakładów ubezpieczeń działających w Polsce, tzn. zakładów akcyjnych krajowych, wzajemnych większych i zagranicznych łącznie. Dane za rok 1937 zebrane zostały drogą ankiety i są oparte na liczbach przybliżonych, które mogą — po ostatecznym zamknięciu sprawozdań bilansowych — ulec pewnym (drobnym zresztą) zmianom. Cyfry za rok 1936 natomiast są ścisłe. (Rocznik P. U. K. U. r. 1937).

Opierając się na wynikach wspomnianej ankiety zauważyć można, po raz pierwszy od roku 1930, pewną poprawę na polskim rynku ubezpieczeniowym. Łączne obroty prywatnych zakładów ubezpieczeń wynosiły mianowicie w 1937 roku dla wszystkich działów ubezpieczeń razem 62 milionów zł., podczas gdy w roku poprzednim (1936 r.) ogólne obroty zatrzymały się na poziomie 57 milionów zł. Wzrost obrotów w roku 1937 w stosunku do 1936 r. wynosi zatem w zaokrągleniu 5 milionów zł., co stanowi ca 9%.

Ogólna tendencja nie jest jednak we wszystkich działach ubezpieczeń jednakowa. Pod tym względem możnaby podzielić wszystkie działy ubezpieczeń na trzy grupy:

1) dział ubezpieczeń życiowych;
2) „ „ ogniowych;
3) pozostałe działy ubezpieczeń.

Dział życiowy nie wykazał żadnych zmian, czyli obroty w 1937 r. zatrzymały się na poziomie z roku poprzedniego (14,5 mil. zł.).

Dział ogniowy (ca 40% wszystkich obrotów) wykazał, w przeciwieństwie do działu życiowego, wzrost obrotów. Zbiór składki w tym dziale wynosił w 1937 roku 24,7 mil. zł., co — w porównaniu do roku poprzedniego (23,5 mil. zł.) — stanowi wzrost składki o 1,2 mil. zł., czyli o ca 5%.

Pozostałe działy ubezpieczeń. Bardziej wyraźną poprawę wykazały pozostałe drobne działy ubezpieczeń. Składka w tych działach łącznie wyniosła w 1937 roku 23 mil. zł., zaś w roku poprzednim 19 mil. zł. Wzrost składki wynosi zatem około 4 mil. zł. (20%) w stosunku do roku poprzedniego.

Wzrost składki w poszczególnych działach ubezpieczeń wykazuje jednak znaczną rozpiętość, mianowicie: dział ubezpieczeń samochodowych — wzrost 181,3%, chômage — 130,5%, aerocasco — 84,6%, gradowy — 40,1%, przewozowy — 20,2%, kradzieżowy — 9,1% i dział maszynowy — 1,4%. Pewne wątpliwości nasuwają tutaj trzy działy ubezpieczeń: dział odpowiedzialności cywilnej (wzrost 2,2%), wypadkowy (spadek 10%) i samochodowy (wzrost 181,3%). Przypuszczalnie nastąpiły w tych działach przesunięcia cyfrowe, polegające na tym, że cyfry obrotów w dziale odpowiedzialności cywilnej, samochodowej i wypadkowej weszły do działu samochodowego (autocasco). W każdym bądź razie te trzy działy ubezpieczeń tzn. OC, NW i auto-

casco łącznie wykazały wzrost składki o 1,3 mil. zł. czyli 17,5% w stosunku do roku poprzedniego.

Jeżeli chodzi o nasilenie szkód, to rok 1937 dał znacznie gorsze wyniki. Średnia stopa strat w działach rzeczowych, OC i NW łącznie wyniosła w 1937 roku 70,7%, podczas gdy w roku poprzednim osiągnęła wysokość równą 56,8%.

Bliższe dane podajemy w poniższym zestawieniu.

Składka i szkody zgłoszone w Prywatnych Zakładach Ubezpieczeń [1]) zakłady krajowe (akcyjne, wzajemne większe) i zagraniczne.

Dział ubezpieczeń	Zbiór składki		Wskaźnik	Szkody		Stopa strat	
	1936	1937		1936	1937	1936	1937
	w tysiącach zł		r. 1936 = 100	w tysiącach zł		w % %	
Ogółem	**57.178**	**62.253**	**108,9**	**31.229**	**40.679**	**54,6**	**65,3**
Życiowy [2])	14.523	14.557	100,2	6.983	6.848	48,1	47,0
Pozostałe działy . . .	**42.655**	**47.696**	**111.8**	**24.246**	**33.831**	**56,8**	**70,9**
w tym:							
Ogniowy	23.503	24.681	105,0	12.137	15.847	51,6	64,2
Odpow. cywilnej . . .	4.354	4.451	102,2	1.996	3.385	45,8	76,1
Kradzieżowy . . .	3.686	4.022	109,1	2.030	2.054	55,1	51,1
Przewozowy	4.030	4.846	120,2	2.822	4.518	70,0	93,2
Gradowy	2.613	3.661	140,1	3.057	4.223	117,0	115,4
Wypadkowy	2.032	1.829	90,0	778	909	38,3	49,7
Samochodowy	747	2.101	281,3	521	1.392	69,7	66,3
Szybowy	866	861	99,4	489	465	56,5	54,0
Maszynowy	349	354	101,4	133	150	38,1	42,4
Aero-casco	395	729	184.6	268	833	67,8	114,3
Chômage	59	136	230,5	3	47	5,1	34,6
Wodociągów	4	—	—	—	—	—	—
Koni	17	25	147,1	12	8	70,6	32,0

J. Buczkowski.

[1]) Zestawienie nie obejmuje T-stw: Europa, Feniks i Przyszłość.

[2]) Szkody w dziale życiowym obejmują, poza sumami wypłaconymi z tytułu szkód także renty płatne i wykupy.